1897
Lane Medical Library

Über

Entstehung, Ausbildung und Verlauf der Paranoia

im Allgemeinen,
erläutert an einem bestimmten Falle.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doctorwürde

in der

Medizin, Chirurgie und Geburtshülfe,

welche

nebst beigefügten Thesen

mit Zustimmung der Hohen Medicinischen Facultät

der Königl. Universität Greifswald

am

Mittwoch, den 26. Mai 1897

Mittags 1 Uhr

öffentlich verteidigen wird

Ernst Lüdemann

aus Vorpommern.

Opponenten:

Herr Dr. med. Heberlein.
Herr Drd. med. Knust.

Greifswald.
Buchdruckerei C. Sell (Hans Adler).
1897.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA40154003_0208

Seinem Bruder

in Liebe und Dankbarkeit

gewidmet.

„Ignoramus — ignorabimus"; wir begreifen es nicht und wir werden es nicht begreifen, wie der Stoff, die Materie zu empfinden, zu fühlen, zu wollen, Bewusstsein zu haben vermag und somit die Eigenschaften besitzt, die zusammen das Etwas ausmachen, was wir als Psyche, Seele, Geist bezeichnen. Dennoch müssen wir annehmen, dass zwischen beiden, zwischen dem Psychischen und Somatischen, dem Geistigen und Körperlichen die innigsten Beziehungen bestehen, dass beide auf das engste mit einander verknüpft und nicht von einander zu trennen sind; oder wie Fechner sagt: „dass, so lange wenigstens, als der Mensch hier auf Erden lebt, Körper und Geist, Soma und Psyche in ihm sich nicht trennen lassen, sondern ein einziges Ganze bilden." Von der Psyche in unserem Sinne wohl zu unterscheiden haben wir die Seele, den Geist, als ein unsterbliches Etwas; mit ihnen haben wir es hier nicht zu thun. Sie sind nicht Gegenstand naturwissenschaftlicher Untersuchung, sondern gehören einem Gebiete an, auf welchem nur ein tiefer und inniger Glaube sich vielleicht jemals zurechtfinden mag.

Durch die Bethätigung der Psyche nun enthält der Stoff, die Materie das, was wir Leben nennen. Es ist also die Psyche der angenommene Träger der Kraft, vermöge welcher der Stoff, die Materie lebt. Als solche stellt sie somit eine Funktion dar, durch welche ein lebender Körper sich von einem toten unterscheidet.

Solange nun der Körper keine krankhaften Veränderungen erleidet, werden auch seine Funktionen ohne Störungen verlaufen, wird somit das psychische Geschehen ein normales sein; daher auch die Berechtigung des Sprichwortes: mens sana in sano corpore. Man sagt dann, ein solcher Mensch ist gesund. Hierbei muss jedoch bemerkt werden, dass es eine absolute Gesundheit, eine ideale Gesundheit auf dieser durchaus realen Welt nicht giebt; eine solche existirt nur in der Vorstellung, in der Einbildung. Man kann daher, wie Arndt sagt, bloss von einer „Breite der Gesundheit" reden.*) Kein Mensch ist vollkommen gesund, es giebt nur eine relative Gesundheit, „ein Schwankungsgebiet physiologischen Verhaltens, innerhalb dessen wir noch alle Vorgänge in das Gebiet der Gesundheit rechnen." Wohl bei jedem Menschen lassen sich mehr oder weniger allerlei Absonderlichkeiten, Eigenheiten und Abwegigkeiten nachweisen; „auch durch den Kopf des scheinbar gesundesten

*) Arndt, Lehrbuch der Psychiatrie. 1883.

Menschen fährt wohl einmal ein querer Gedanke". (Griesinger.)

Sobald nun diese Abwegigkeiten in dem funktionellen, dem psychischen Verhalten auf Grund somatischer Veränderungen allzu sehr aus dem Rahmen dessen, was wir so allgemein Gesundheit nennen, heraustreten, begeben wir uns auf das Gebiet des Pathologischen, erhalten wir die sogenannten Psychosen, psychischen Krankheiten. Eine bestimmte Grenze zwischen dem einen und dem andern können wir durchaus nicht ziehen, wie es ja überhaupt zwischen Gesundheit und Krankheit keineswegs eine scharfe Abgrenzung giebt. Wie wir in der Natur keine scharfen Begrenzungen finden, sondern allenthalben allmähliche Übergänge sehen, so auch hier; das Eine löst sich unbemerkt in das Andere auf, und wohl am wenigsten darf man die kunstvoll verschlungenen Fäden des psychischen Lebens mit Scheerenschnitten zu zerteilen suchen, man wird einzelne Fetzen erhalten, die man ja recht gut weiter zerzupfen und durchmustern kann, aber das ganze kunstreiche Gewebe ist damit unwiederbringlich zerstört, mag man auch die einzelnen Lappen wieder aneinandersetzen. Verfolgen wir dagegen den Verlauf der einzelnen Fäden, ihre Verknüpfungen und ihr Ineinandergreifen, so liegt bald die Construction des Ganzen klar vor unseren Augen, und in einfache, leicht zu verfolgende Einzelheiten löst sich auf, was vorhin unentwirrbar schien.

Wenn nun die psychischen Krankheiten Störungen der psychischen Funktionen darstellen und somit auch, wie schon angedeutet, nichts anderes sein können als der Ausdruck von Krankheiten, welche sich im Träger der letzteren, als welchen man das grosse Gehirn und speziell seine Rinde ansieht, abspielen, so können wir dennoch nicht Psychosen und Gehirnkrankheiten als gleichbedeutend ansehen; sie können es ebenso wenig sein, wie Psyche und Gehirn gleichbedeutend sind. Indem wir vielmehr, wie schon gesagt, unter Psyche, insofern sie für uns in Betracht kommt, lediglich eine Funktion des Gehirns, des Nervensystems, ja des Gesammtorganismus überhaupt begreifen, müssen wir die Psychosen für funktionelle Krankheiten, für Symptome von Störungen im Gesammtnervensystem erklären.

Zugleich soll damit der Auffassung entgegengetreten werden, als sei das Gehirn das automatische Centrum für das Nervensystem, der Ausgangspunkt, von dem aus die psychischen Vorgänge in Scene gesetzt und geleitet werden; uns imponirt vielmehr vom entwickelungsgeschichtlichen und physiologischen Standpunkte aus das Gehirn als ein complicirter, aber sehr vollkommener Reflexapparat, der die aus dem Raume stammenden Reize aufnimmt, durch die in den Ganglienzellen bewerkstelligte Hemmung verarbeitet und dann nach aussen sendet. Also Perception und Reaktion, oder wie Arndt sich ausdrückt, Aesthesis und Ergasie,

Empfinden und Äussern, das sind die beiden Momente, aus denen alles psychische Geschehen sich zusammensetzt; und so lange diese Vorgänge der Reizaufnahme und Reizabgabe sich im Gleichgewicht befinden, indem die Stärke der Reaktion der Stärke des einwirkenden Reizes proportional ist, kommt ein gesundes, ein normales Geistesleben, ein normales Seelenleben zum Ausdruck. Bedingung aber für das Zustandekommen normaler Lebensäusserungen ist ein gesundes Nervensystem.

Wie nun der nach dem Pflügerschen Nervenerregungsgesetz frische und gesunde Nerv auf verschieden starke Reize in verschiedenartiger, aber typischer Weise reagirt, so werden auch nur im intakten Nervensystem Reize in normale Ästhesien und Ergasien umgesetzt. Jede Änderung in der Zusammensetzung, jede Ernährungsstörung des Nervensystems hat ein abnormes Funktioniren desselben und somit ein abnormes psychisches Leben zur Folge. An die Stelle der normalen Nervenerregungsformeln treten die ebenfalls von Pflüger, später in ausführlicherer Weise auch von Brenner und Erb für den ermüdeten resp. absterbenden Nerven aufgestellten Erregungsformeln.

Der erste Effekt ungenügender Ernährung eines Nerven ist erhöhte Reizbarkeit, d. h. der in seiner Ernährung hinreichend gestörte Nerv reagirt auf schwache Reize ebenso, wie der gesunde erst auf

mittelstarke, resp. starke reagiren würde. Diese stärkere Erregbarkeit geht aber nur bis zu einem gewissen Grade; wird über diesen hinaus der Nerv tiefer geschädigt, so erfolgt ein allmähliches Absinken und endlich ein gänzliches Absterben desselben; der anfangs nur asthenische Nerv tritt in das Stadium der Erschöpfungs- und schliesslich der Entartungsreaktion ein.

Wenn wir diese am einzelnen Nerven als richtig anerkannten Gesetze auf das psychische Organ, nach unserer Ansicht also auf das Gesammtnervensystem übertragen, so ergiebt sich, dass das in seiner Ernährung geschädigte, resp. von vorn herein mangelhaft angelegte und entwickelte Nervensystem auch veränderte, den Brenner-Erb'schen Zuckungsformeln entsprechende Erregbarkeitsverhältnisse zeigt, deren psychischen Ausdruck wir als Psychosen (eigentlich Seelenzustände schlechthin, in spezieller Bedeutung krankhafte Seelenzustände, Geisteskrankheiten) bezeichnen; sie sind also Funktionsstörungen des Nervensystems.

Was eben schon kurz angedeutet, hier aber noch nachdrücklicher betont werden muss, ist der Umstand, dass dem in seiner Ernährung geschädigten Nervensystem das von vornherein mangelhaft angelegte und entwickelte gleichzustellen ist. Hypoplasien des Blut- und Nervenkörpers, die das Wesen der chlorämischen resp. chlorotischen und der neuropathischen Constitution ausmachen und, wie

Virchow nachgewiesen hat, auf zu bedeutender Enge des Querschnittes des Blutgefässsystems im Verhältnis zur Länge desselben beruhen, weiterhin die tieferen Degenerationszustände, die der angeborenen geistigen Schwäche zu Grunde liegen, sie bilden so recht eigentlich den Boden, aus welchem die bei weitem grösste Mehrzahl aller Psychosen ihren Ursprung nimmt; und indem sie von einer Generation auf die andere sich übertragen, erklären sie die bedeutende Rolle, die der Erblichkeit bei dem Zustandekommen von Psychosen zufällt. Denn dass eine solche Vererbung stattfindet, müssen wir unbedingt annehmen, wenn wir uns vergegenwärtigen, dass die Entwicklung des befruchteten Eies, der zu selbständigem Sein abgestossenen elterlichen Zelle nichts weiter sein kann als die Wiederauseinanderlegung der von den vererbenden Körpern in Summe überkommenen Eigenschaften. Wie sich daher die äusseren Eigenschaften der Eltern und Voreltern fortpflanzen, so auch die innern; wie man von einer Familienähnlichkeit der Gesichtszüge und der äusseren Körperform redet, so giebt es auch eine Familienähnlichkeit der Psyche, resp. des Sitzes derselben, des Centralorganes. War dieses bei den Eltern und Voreltern mit gewissen Fehlern und Schwächen behaftet, so ist die allergrösste Wahrscheinlichkeit gegeben, dass solche in der einen oder anderen Form auch bei den Kindern wieder auftauchen werden. Die neuropathische Diathese, welche sich in eine

Familie eingenistet hat, kann zwar unter günstigen Verhältnissen, namentlich durch sogenannte Blutauffrischung, allmählig erlöschen, indem sie von Generation zu Generation schwächer wird. In der Regel fühlen sich aber gerade neuropathische Personen geschlechtlich zu einander hingezogen; die Folge davon ist, dass die psychopathische Diathese beider Eltern noch in verstärktem Maasse auf die Kinder übergeht. Sie kommen damit der Natur gleichsam auf halbem Wege entgegen, die mit unerbittlicher Consequenz derartige für den gleichwertigen Fortbestand der Gattung untaugliche Mitglieder ausrottet und dem Untergange weiht, ist es nicht in der ersten und zweiten, so in der dritten, vierten Generation.

Wenn, wie sich gezeigt hat, die psychopathische oder neuropathische Diathese ganz besonders Eigentum des weiblichen Geschlechtes ist, es also auch vielmehr neuropathische oder psychopatische weibliche Individuen als männliche giebt, so hat dies nach unserer Ansicht darin seine Ursache, dass das Weib, wie überhaupt nicht so weit, beziehungsweise so hoch entwickelt, wie der Mann, den wir doch nun einmal nach Allem, was dabei in Frage kommt, als das Höchste anzusehen haben, was in organischer Beziehung erreicht werden kann, es auch in Bezug auf sein Gehirn nicht ist. Dasselbe ist mit Rücksicht auf das des Mannes in der Entwicklung zurück, auf einer früheren Stufe derselben stehen geblieben. Es verhält sich wie das eines Jünglings,

eines reiferen Knaben. Von diesem Standpunkte aus ist es auch gewissermassen zu billigen, wenn Schopenhauer in seinem Aufsatze „Ueber die Weiber“ *) sagt: „Je edler und vollkommener eine Sache ist, desto später und langsamer gelangt sie zur Reife. Der Mann erlangt die Reife seiner Vernunft und Geisteskräfte kaum vor dem achtundzwanzigsten Jahre; das Weib mit dem achtzehnten. Aber es ist auch eine Vernunft darnach: eine gar knapp gemessene.“ Und weiterhin: „Zu Pflegerinnen und Erzieherinnen unserer ersten Kindheit eignen die Weiber sich gerade dadurch, dass sie selbst kindisch, läppisch und kurzsichtig, mit einem Worte, zeitlebens grosse Kinder sind: eine Art Mittelstufe zwischen dem Kinde und dem Manne, als welcher der eigentliche Mensch ist.“

Wie vorhin gezeigt, haben wir die sogenannten psychischen Erkrankungen nur als den Ausdruck von Gehirnkrankheiten und darum lediglich als Symptome derselben anzusehen. Der erste, der dies erkannt hatte, war Griesinger; er wies auch gleichzeitig darauf hin, das man unter Melancholie, Tobsucht, Manie etc. nur Stadien desselben Krankheitsprozesses, nicht aber besondere, von einander scharf getrennte Krankheiten zu begreifen habe. Vor ihm hatte schon Zeller dieses in ähnlicher Weise be-

*) Parerga und Paralipomena. 2 Bde.

hauptet; auch bei ihm*) bestand bereits die Anschauung eines genetischen Zusammenhanges aller psychischen Krankheitserscheinungen. Der regelmässige typische Verlauf geht darnach von der Melancholie zur Manie, von dieser zur Verrücktheit und zum Blödsinn. Auch Guislain machte auf die Thatsache aufmerksam, „dass die ungemeine Mehrzahl aller psychischen Erkrankungen mit Zuständen tiefer Gemütsverstimmung anfängt."

Auf das vollständigste aber finden wir, wie gesagt, diesen Gedanken bei Griesinger durchgeführt in seiner im Jahre 1845 erschienenen Pathologie und Therapie der psychischen Krankheiten, die mit ihren Anschauungen bald die gesammte psychiatrische Welt beherrschte. Man vergleiche Griesingers Lehrbuch pag. 213, wo wir die Trennung in die beiden grossen Gruppen der primitiven (affektartigen) Anomalien (Melancholie, Manie, Wahnsinn) und der secundären Störungen (Verrücktheit und Blödsinn) vollzogen finden, jene heilbar, diese unheilbar. Ferner pag. 214: „Die Mehrzahl aller psychischen Erkrankungen fängt mit Zuständen tiefer Gemütsverstimmung in der Weise eines depressiven, traurigen Affektes an"; pag. 281: „Das Enstehen der Manie aus der Schwermut ist die Regel", und „das Stadium melancholicum ist die Inkubationsperiode der Tobsucht." Endlich insbesondere pag. 313: „Die Form des

*) Zeller: Bericht über die Wirksamkeit der Heilanstalt Winnenthal. Allgem. Zeitschr. für Psych. Bd. I. Jahrg. 1844.

Wahnsinns entwickelt sich ganz wie die Tobsucht vorzugsweise aus einem vorausgegangenen Stadium melancholicum", und pag. 328: „Die partielle Verrücktheit ist immer eine aus der Melancholie oder Manie herausgebildete Krankheit."

Griesinger unterscheidet die psychischen Depressionszustände (Hypochondrie und Melancholie) von denen der Exaltation und begreift unter diesen neben Manie und Tobsucht auch den Wahnsinn, danach folgen die psychischen Schwächezustände.

Der Wahnsinn Griesingers nun, auf den wir hier kurz etwas eingehen möchten, besteht in Exaltationszuständen, die sich charakterisiren durch affirmativen expansiven Affekt mit anhaltender Selbstüberschätzung und daraus hervorgehenden ausschweifenden und fixen Wahnvorstellungen. Die exaltirte Selbstempfindung äussert sich als dauernd gehobene Stimmung verbunden mit dem Bedürfnis erhöhter excentrischer Thätigkeit. Diese entspringt aber nicht nur, wie bei der Tobsucht, einem dunkeln impulsiven Drange, wodurch das Wollen etwas Triebartiges gewinnt, sondern sie wird von klaren, bewussten Gedanken geleitet und so zum wirklichen kranken Wollen.

Im Vorstellen herrscht anfangs nur gesteigerte Lebhaftigkeit und Schnelligkeit, erst später gesellen sich nach und nach Wahnvorstellungen hinzu, die allmählich das ganze Bewusstsein einnehmend, ohne lebendigen Wechsel das Streben bestimmen und denen

allen der Irrtum und die Uebertreibung in Bezug auf den Inhalt eigentümlich ist. In engem Zusammenhange hiermit stehen die falschen Vorstellungen und Urteile in Bezug auf das eigene Ich und sein Verhältnis zur Aussenwelt. Die hieraus sich entwickelnden Grössenideen sieht Griesinger ganz analog dem Wahn des Melancholikers als auf dem Boden der veränderten Selbstempfindung an, zu der sie sich wie subjektive Erklärungsversuche verhalten.

Solange der Affekt anhält, zeigt sich dementsprechend eine Steigerung in den Grössenwahnvorstellungen, während beim Schwächerwerden dennoch der Wahn zurückbleibt und sich fixiert. Allerhand hinzutretende Hallucinationen und Illusionen verstärken und nähren ihn und üben so einen schlimmeren Einfluss als in der Tobsucht, weil sie nicht, wie es dort der Fall ist, vergessen werden.

Hierbei betont Griesinger ganz ausdrücklich, dass sich das geschilderte Krankheitsbild, ganz wie die Tobsucht, nur nach einem voraufgegangenen Stadium melancholicum entwickelt, nachdem vielleicht der Exaltationszustand zwischen beiden Formen längere Zeit geschwankt hat. Mit dem Fixirtwerden einzelner Wahnvorstellungen tritt dann der confirmirte Wahn als viel schlimmere Affektion, als die Tobsucht, in die Erscheinung. Beide aber, Tobsucht und Wahnsin sind eng mit einander verbunden, nicht

selten in einander übergehende, noch häufiger fragmentarisch unter sich gemischte Zustände.

Die psychischen Schwächezustände sind dadurch gekennzeichnet, dass sie secundär aus den übrigen Formen, der Melancholie und Manie hervorgehen und sich nur als Residuen dieser vorhergegangenen Psychosen darstellen, wenn dieselben nicht in Genesung übergegangen sind, ferner dadurch, dass die Störungen der Intelligenz, Verödung des Gemütslebens und gewisse Stumpfheit gegenüber höheren Interessen bei zurücktretenden Affekten das hervorstechendste Symptom bilden.

In den höheren Graden stellt sich diese Schwäche als eigentlicher Blödsinn dar mit den Unterabteilungen der Verwirrtheit oder allgemeinen Verrücktheit, welche sich durch Abschwächung der psychischen Leistungsfähigkeit, durch Verwirrtheit und gänzliche Incohärenz des Denkens und Vorstellens charakterisiren, und des apathischen Blödsinns, wo bereits eine vollständige psychische Ruhe eingetreten ist, und nur die automatischen Bewegungen der vegetativen Funktionen diese äussersten Grade geistiger Schwäche beleben.

Wenn nun aber jene Schwäche durch das Herrschen fixer Wahnideen gewissermaassen verdeckt wird, zu deren starren Festhalten der ganze Rest noch vorhandener psychischer Kraft verbraucht wird, so erhalten wir nach Griesinger die partielle Verrücktheit. Auf diese ist besonders die Aufmerk-

samkeit zu richten, weil grade sie als Ausgangs- und Angriffspunkt aller späteren Kritik gedient hat.

In ganz allmählichem Uebergang aus der Melancholie und Manie kommt es mit dem Zurücktreten des negativen oder affirmativen Affektes und mit Herübernahme der Wahnvorstellungen jener Stadien zur Wiederkehr einer grösseren äusseren Ruhe und Besonnenheit mit gleichmässigerem Fluss der psychischen Thätigkeiten. Diese sind jedoch auf einem weit niedrigeren Durchschnittsniveau als früher angelangt, was sich in Abstumpfung und Schwäche aller psychischen Reaktionen, Gleichgiltigkeit und Gemütsleere zeigt, in dem Verlust des Gedächtnisses und der verminderten Energie des Wollens bei entsprechender motorischer Schwäche.

Zwar ist noch die Möglichkeit affektvollerer Zustände, wenn auch in abgeschwächter Form, gegeben, aber nur bei feindlicher Berührung der Wahnvorstellungen, die in Bezug auf den Inhalt sich entweder beziehen auf eine Erhebung des Subjekts und Beherrschung des Objekts oder auf ein Leiden des Subjekts und Beherrschtsein durch das Objekt. Je nachdem nun unterscheidet Griesinger eine partielle Verrücktheit mit activem, exaltirtem Wahn und eine partielle Verrücktheit mit passivem, deprimirtem Wahn. In seiner Entstehung lässt er sich immer auf ein Stadium melancholicum und maniacale zurückführen. Durch Hallucinationen und Illusionen, die grade hier sehr

häufig sind, wird das Delirium aber fortwährend genährt und unterhalten. Ein Ausgang in Genesung ist ausgeschlossen, die Kranken fallen schliesslich der allgemeinen Verwirrtheit und dem Blödsinn anheim.

Einen wie grossen Fortschritt diese Zeller-Griesingersche Lehre von dem genetischen Zusammenhange aller psychischen Erkrankungserscheinungen und der stets secundären Natur der geschilderten Zustände auch bedeutete, und so lange Zeit dieselbe auch in der Psychiatrie herrschend blieb, allmählich machte sich doch eine Reaktion dagegen bemerkbar. Es wurden mehrfach Stimmen laut, die da meinten, dass man in der Anwendung der neuen Lehre, gegen die weder die Anschauungen des Auslandes (Morel bei den Franzosen) noch eigene Beobachtungen etwas vermochten, zu weit ging.

Verhältnismässig wenig vermochte hieran Flemming zu ändern, der in seinem 1859 erschienenen Lehrbuch ausdrücklich sagte, dass er Krankheitsfälle kenne, die vom Erkenntnisvermögen ihren Anfang nähmen; ebenso Kahlbaum, der 1863 in seiner Gruppirung der psychischen Krankheiten die Paranoia aufgestellt hatte, die nichts anderes war, als die sonst Monomanie, Wahnsinn oder Verrücktheit genannte Geistesstörung.

Ein Anstoss zu erneuter Untersuchung und zu einer anderen Beurteilung der Dinge wurde indessen gegeben, als Suell im Jahre 1865 in einem in der

psychiatrischen Sektion der Naturforscher-Versammlung zu Hannover gehaltenen Vortrag über Monomanie als primäre Form der Seelenstörung *) mit Nachdruck betonte, dass es auch Fälle gebe, in welchen die Verrücktheit unzweifelhaft als selbständige Krankheit, als primäre Erkrankungsform auftrete.

Er charakterisirt dieses heute unter Paranoia primaria anerkannte Krankheitsbild folgendermaassen: Die Patienten erkranken zumeist erst um das dreissigste Lebensjahr mit einem Verfolgungswahn und zwar auf Grund gehobenen Selbstgefühls, worin Snell den Hauptcharakter der Störung sieht. Meistens erst secundär, selten gleichzeitig treten Überschätzungsideen hinzu und helfen ein vollständiges, systematisches Wahngebäude aufrichten. Grade auf dieses Systematische weist Snell bezüglich der klinischen Differenz mit bestimmter Präcision hin, er betont ausdrücklich, dass beim Wahnsinn, den Wahngebilden des Melancholikers und Maniacus nicht die scharfe Ausprägung eines Wahnsystems und das consequente Festhalten der Verfolgungs- und Überschätzungsideen vorhanden sei, wie bei der primären Verrücktheit.

Dass sich auch Griesinger dieser neuen Erkenntnis nicht verschloss, sehen wir aus seinem 1867 bei der Eröffnung der psychiatrischen Klinik in

*) Allgem. Zeitschr. f. Psych. Bd. 22. pag. 368.

Berlin gehaltenen Vortrag. *) Durch die Arbeit Snells angeregt hatte er sich von der protogenetischen Bildung der in Rede stehenden Zustände überzeugt und belegte dieselben mit dem Ausdruck primäre Verrücktheit, hielt aber die Identität mit den Erscheinungen secundärer Verrücktheit im übrigen fest.

Kurz erwähnt werden mag an dieser Stelle, dass Griesinger seine früheren Ansichten über die Entstehungsweise der Wahnvorstellungen inzwischen geändert hatte. Er führt bei genannter Gelegenheit zum ersten Mal den Ausdruck Primordialdelirien ein und unterscheidet die der Beeinträchtigung und der Grösse. Diese Primordialdelirien sucht er nun nicht mehr wie früher als logische Produkte aus zu Grunde liegenden affektartigen Zuständen herzuleiten, sondern er legt jetzt mehr Gewicht auf ihre direkte und spontane Entstehung aus der cerebralen Störung selbst; aller Wahrscheinlichkeit nach sind ihm beide, Gefühle und concrete Wahnvorstellungen, Äusserungen eines und desselben Seelenzustandes, der zum Teil sich in Delirien nach aussen projicirt, zum Teil nur in Gemütsbewegungen und Gefühlen zum Ausdruck gelangt.

Von nun an sehen wir die Lehre von der primären Natur der Paranoia oder Verrücktheit immer mehr an Raum gewinnen, indem man bestrebt ist,

*) Archiv f. Psych. Bd. I. pag. 143 u. 148.

sie in Hinsicht auf Aetiologie, speciellere Symptomatologie und Formenlehre, ihre anatomisch-physiologische Grundlage weiter auszubauen.

Eine weitere Bereicherung in der Formenlehre wird denn auch bald darnach durch die von Sander aufgestellte originäre Verrücktheit gegeben. *)

Was die Aetiologie und Prädisposition derselben anlangt so handelt es sich um schwer hereditär, weniger durch eigentliche Geisteskrankheiten als durch Hysterie, Hypochondrie, Trunksucht, Excentricität der Eltern belastete Individuen, zumeist männlichen Geschlechts. Auffällige somatische Abweichungen in Form stark hervortretender morphologischer Stigmata degenerationis sind nicht wahrnehmbar, auch die Intelligenz erscheint zunächst nicht sonderlich beeinträchtigt zu sein; wohl aber macht sich frühzeitig ein abnormes Gefühls- und Gemütsleben bemerkbar. Es sind stille, sanfte, träumerische Kinder, die wir hier vor uns haben, die Freude der Mutter, um nachher ihr desto grösserer Schmerz zu werden.

In der Periode der Pubertät schreitet der Prozess rapide fort, sodass die Individuen schnell einem terminalen Schwächezustand verfallen, oder es hält sich der Kranke noch in die zwanziger Jahre hinein, zeigt auch so viel Talent, irgend eine Berufsart zu erwählen, vorwaltend aber mechanischer

*) Archiv für Psych. Bd. I. pag. 387.

Natur oder einfacher Gewohnheitsarbeit. Doch die Gemütsrichtung ist eine abnorme und der Charakter bleibt auf der Stufe des sich entwickelnden Knaben stehen Das ganze Wesen des Kranken zeigt Schlaffheit und Energielosigkeit, zu Masturbation und hypochondrischen Anwandlungen. Allmählich entwickeln sich die Verfolgungsideen, welche unter gleichzeitigem Auftreten von Sinnestäuschungen sofort systematisirt werden. Dazu gesellen sich aus der Erinnerung die phantastischen Vorstellungen und Bilder früherer Jahre und führen so neben dem Verfolgungswahn zum Auftreten des Grössendelirs in den bekannten Combinationen und Wechselbeziehungen mit vollständiger Verfälschung der Umgebung und der eigenen Persönlichkeit. Den Abschluss bilden ebenfalls psychische Schwächezustände. Remissionen können vorkommen.

Auch Morel hatte bereits in seinem Traité des maladies mentales die Transformation der Verfolgungsdelirien in Grössendelirien erwähnt; er hatte aber die Häufigkeit der gleichzeitigen Entstehung übersehen und vor allem nicht die primäre Natur der Erkrankung hervorgehoben, sondern legte vielmehr Gewicht auf ein Hervorgehen aus hypochondrischen Elementen, dem entsprechend er eine folie hypochondriaque aufstellte.

Wir sehen daher, dass Sander mit der Aufstellung seiner origären Verrücktheit direkt an Snell anknüpft. Statt des Esquirol'schen, von

Snell adoptirten Ausdrucks Monomanie, schlägt Sander die Bezeichnung Verrücktheit vor; wir haben sonach eine secundäre und primäre Verrücktheit, letztere mit der Untergruppe der originären.

Was uns dieses Sander'sche Krankheitsbild der originären Verrücktheit so bedeutungsvoll erscheinen lässt, ist einmal die gehörige Betonung der Wichtigkeit hereditärer Verhältnisse und der angeborenen Disposition, das andere Mal die weitere Bereicherung der Einsicht in die Entstehung der Wahnvorstellungen, deren Grundlage wir hier in einem von Hause aus verkehrt angelegten und abnorm gerichteten Gefühlsleben erkennen, mit Freilassung des eigentlichen Intellekts. Wenn auch der Wahn oft ganz unvermittelt ins Bewusstsein getreten zu sein scheint, so darf das nicht zu der falschen Annahme verleiten, dass dem auch in Wirklichkeit so ist. Wie dem gesunden Vorstellen und Denken gesunde Empfindungen, Wahrnehmungen, Gefühle zu Grunde liegen, so dem Wahn die krankhaften Empfindungen und Gefühle, die Parästhesien ganz im allgemeinen.

Denselben Standpunkt finden wir von Hagen in seinen psychologischen Studien auf dem Gebiete der ärztlichen Seelenkunde (Erlangen 1870) vertreten, der ebenfalls den Ursprung des Wahns grade in die Abwegigkeit des Gefühlslebens, die moral insanity im ursprünglichen Sinne des Wortes verlegt. Als Ausgangspunkt der ganzen Wahnbildung haben wir nach ihm eine falsche Apperception. Durch Analogien aus

dem gesunden Leben wird uns dieser Entwickelungsvorgang erläutert. Jede Empfindung, jede Wahrnehmung wird von einem Gefühl der Lust oder Unlust begleitet, das zu sofortiger unbewusster Wertschätzung des Dinges führt, aber dennoch ihm für gewöhnlich als etwas Objektives beigelegt wird.

In ganz ähnlicher Weise bildet sich nun bei dem Verrückten eine ganz neue Erregbarkeit der mit Wahrnehmungen und Vorstellungen verknüpften Gefühle. Diese auf parästhetischer Grundlage entstehenden Begleitungsgefühle verwachsen gleichsam schon in statu nascendi mit jeder äusseren Wahrnehmung wie mit der Selbstempfindung des Körpers, jeder eine Marke des Absonderlichen erteilend, mit besonderer Beziehung zum Ich. Der Kranke fühlt diese Fremdartigkeit der Eindrücke, sucht sie in Zusammenhang zu bringen und nimmt sie ganz natürlich für beabsichtigte Wirkungen.

Indem nun das Subjekt in all dem auf es eindringenden Ungewohnten und Fremdartigen einen sicheren Stützpunkt zu gewinnen sucht, von dem aus es jenes bewältigen kann — ganz analog dem gesunden Leben — bildet sich allmählich der fixe Wahn aus. Die verloren gegangene Objektivität und das Gefühl der Aussenwelt wird, wenn auch nur scheinbar, wiedergewonnen dadurch, dass Plan, Zusammenhang und Zweckmässigkeit in die Erfahrung gebracht werden.

Es ist bereits erwähnt worden, dass Griesinger sich durch die Arbeit Snells von der primären

Entstehungsweise der Verrücktheit überzeugt hatte, im übrigen aber an der Identität mit der secundären Verrücktheit festhielt. Wir sehen deshalb Snell auf einer Versammlung deutscher Irrenärzte in Hannover*) nochmals das Wort ergreifen, um festzustellen, das auch ganz abgesehen von dem Ursprung und der Entstehungsweise, im Verlauf und der ganzen Äusserungsweise der beiden Krankheitsbilder derartige Unterschiede bestehen, dass sich dieselben stets genau von einander trennen lassen. Gleichzeitig führt Snell statt des früheren Ausdrucks Monomanie jetzt die Bezeichnung Wahnsinn ein, womit er offenbar der Griesingerschen, immer noch unrichtige Deutungen zulassenden Terminologie ausweichen will.

Somit unterscheidet er jetzt den primären Wahnsinn und zwar in der akuten selteneren Form und in der häufigeren chronischen Form, mit dem Ausgang in terminalen Blödsinn oder in Stillstand auf mehr oder weniger vorgeschrittenem Stadium. Als Grundlage sieht Snell im Gegensatz zu Hagen in allen Fällen Hallucinationen an.

Unter den secundären Formen des Wahnsinns haben wir nach Snell:

1. den Wahnsinn nach Melancholie, gekennzeichnet durch den Mangel eines scharf ausgeprägten Wahnsystems und des consequenten Festhaltens der Verfolgungs- und Überschätzungsideen, mit Remis-

*) Allg. Zeitschr. für Psych. Bd. 30. pag. 319.

sionen im Verlauf und gewöhnlichem Ausgang in psychischen Verfall;

2. den Wahnsinn nach Manie, bei dem die Stimmung noch wechselnder und der Ausgang in Blödsinn noch gewöhnlicher ist;

3. in seltenen Fällen den Wahnsinn nach Epilepsie, sich äussernd in unbestimmten Verfolgungs- und Überschätzungsideen mit mancherlei Combinationen und Variationen; das Krankheitsbild ist äusserst wechselnd, terminaler apathischer Blödsinn der gewöhnliche Abschluss.

Bald genügte aber dieses einfache von Snell angegebene Schema nicht mehr, die mannigfachen durch weitere Bearbeitung des Stoffes heraufgeförderten Modifikationen des Krankheitsbildes aufzunehmen.

Da war es Westphal, der im Jahre 1876 auf der 49. Versammlung deutscher Naturforscher und Ärzte in Hamburg in einem Vortrage, der viel Redens von sich gemacht hat, eine klare Darstellung und übersichtliche Gruppirung der in Frage stehenden Zustände gab und der von Snell, seinen Vorgängern und Nachfolgern vertretenen Anschauung zur allgemeinen Geltung verhalf, indem er der Verrücktheit ihren Platz unter den selbständigen primären psychischen Erkrankungen anwies und namentlich die These aufstellte, dass sie niemals secundär aus einer Melancholie oder Manie entstehe; hierbei

dürfe aber die Hypochondrie als etwas ganz anderes nicht mit jener zusammengeworfen werden.

Gleichzeitig erweitert er die Grenze des Begriffs Verrücktheit, mit welcher Namengebung er auf Griesinger zurückgeht, in erheblicher Weise. Alle die Fälle, die mit Sinnestäuschungen und Wahnideen einhergehen und wegen des begleitenden Affekts von Griesinger unter dem Kapitel der Melancholie beziehentlich der Manie abgehandelt wurden, zählte Westphal der Verrücktheit zu. Ausgehend von Entwicklungsmomenten unterscheidet er eine vierfache Entstehungsweise:

1. Aus einem hypochondrischen Stadium heraus entwickeln sich allmählich zuerst Verfolgungs-, dann Grössenideen. Es ist dieselbe Form, die Morel als folie hypochondriaque beschrieben hat.

2. Ohne ein solches Vorstadium drängen sich gleich von vornherein Wahnideen, oft unterstützt von Sinnestäuschungen, dem Bewusstseinsinhalte auf.

3. Das volle Bild der Verrücktheit tritt in akuter Weise auf, derart, dass bei anscheinend bisher ungetrübter Gesundheit plötzlich mit grosser Gewalt und in grosser Ausdehnung Hallucinationen, meistens des Gehörs, sich geltend machen und unabhängig von ihnen die für die Verrücktheit bezeichneten Wahnideen.

4. Die Verrücktheit kann eine originäre im Sinne Sanders sein.

Bei keiner dieser Arten handelt es sich nach

Westphal um einen der Melancholie entsprechenden Gefühlszustand mit ihm eigentümlichen, in inniger Beziehung zu ihm stehenden Wahnideen. Das Wesentliche soll vielmehr der abnorme Vorgang im Vorstellen sein.

Wir haben hier somit eine andere Auffassung der Dinge, als wir sie bei Sander und Hagen kennen lernten. Dort haben wir gesehen, dass gerade auf Grund eines krankhaften und abwegigen Gefühlslebens, der Parästhesien des Kranken ganz im allgemeinen der Wahn ins Bewusstsein eintritt. Auf diesen ursprünglichen Hergang bei der Wahnbildung, auf die Frage, was eigentlich in der Psychose des Kranken primär verändert sei, geht Westphal gar nicht ein. Die Erklärung, dass Wahnideen sich in der Sphäre der Vorstellungen abspielen, dürfte wohl etwas oberflächlich gefasst sein. Wir können darum auch nicht umhin, eine solche Auffassung der Sache als einen entschiedenen Rückschritt zu betrachten, da sie, wie gesagt, nur die Oberfläche der Dinge streift.

Je nachdem das motorische Verhalten nach der einen oder andern Seite hin beeinträchtigt ist, wird das Bild der Verrücktheit modificirt. Westphal beobachtete sehr richtig, dass dasselbe in gelegentlich hervorbrechenden Raptus bis zur Tobsucht (nicht Manie) gesteigert sein kann; grade diese Erfahrung aber hätte ihn an seiner sonstigen Ansicht irre werden lassen müssen. In Bezug auf den Verlauf

betont Westpal, dass die Krankheit akut oder chronisch, oder auch in einzelnen Schüben mit freien Intervallen auftreten könne; hiervon führt nur die akute Form meistens zur Heilung

Ausser den oben genannten vier Formen stellt Westphal als fünfte noch eine abortive Form der Verrücktheit auf; ihr Wesen ist, dass sich allerlei fremdartige, oft alberne Vorstellungen dem Bewusstsein der von ihr befallenen Individuen aufdrängen, die sie indessen als krankhafte erkennen, jedoch nicht zu unterdrücken imstande sind. Zu diesen Zwangsvorstellungen gesellen sich dann häufig auch Zwangshandlungen. Analog können schliesslich umgekehrt ebenso zwangsweise Hemmungen sich einstellen. Es ist dies dieselbe Form, welche Arndt in seinem bereits citirten Lehrbuch als Paranoia rudimentaria bezeichnet, mit den bekannten Unterformen der Paranoia indagatoria, interrogatoria, numerans, tendabunda etc. ebenfalls hier unterbringt. Auch die von Le Grand du Saulle aufgestellte Maladie du doute avec le délire du toucher, sowie die Rupophobie Vergas und Mysophobie Hammonds sind hierher zu rechnen. Von Krafft-Ebing weist ihr indessen unter der Bezeichnung Geistesstörung mit Zwangsvorstellungen eine mehr selbständige Stellung bei den Entartungsformen auf neurasthenischer Grundlage an. Schüle trennt die Zwangsvorstellungen auf emotiver Grundlage, welche nur Geisteskranke betreffen (Me-

lancholiker), von den nicht emotiven, die noch keine eigentliche Geisteskrankheit voraussetzen, bei denen aber stets eine neuropathische Disposition nachweisbar ist, und rechnet nur die letzteren hierher. Als solche bilden sie den Prodromalzustand zu dem Irresein durch Zwangsvorstellungen, welches sofort gegeben ist, sobald der Kranke nicht mehr über den Zwangsvorstellungen steht und dieselben in Handlungen umsetzt; sie fallen bei ihm unter das grössere Gebiet des hereditären Irreseins.

Auch für diese abortive Form Westphals werden wir ebenfalls den Ursprung in dem Abwegigen und Fremdartigen der Gefühle zu suchen haben, wie dies für die Wahnvorstellungen geschehen ist; denn anders bleibt es unerklärlich, woher grade der organische Zwang in den Vorstellungen rühren sollte, für den in diesen an sich durchaus nicht die Begründung zu finden ist. Hierzu kommt, dass wir bei Betrachtung der Gesammterscheinung dieser Individuen es mit Menschen zu thun haben, die auch sonst vielfach in ihrem Verhalten aus der „Breite der Gesundheit" heraustreten. Es sind „in der einen oder andern Art mystisch oder romantisch angehauchte Naturen, die gern dem Zuge ihrer eigenen Gedanken folgen, und sich in Träumereien und dem Aufbauen von Luftschlössern gefallen, die darüber, was das Leben erfordert, vernachlässigen und nicht selten sogar das Nötigste versäumen; weil sie nicht imstande sind, der Gewalt, dem Zuge, mit welcher

diese Neigung auftritt, Widerstand zu leisten und sich zu überwinden. Die Moral insanity aber, an welcher sie alle leiden, wird damit grade bewiesen.“ (Arndt).

Mit dieser Westphal'schen Verrücktheit war nun ein neuer Krankheitsbegriff in die Psychiatrie eingeführt worden, der ausserordentlich weit begrenzt die mannigfachsten in Bezug auf Aetiologie, Verlauf und Ausgang denkbar verschiedensten Formen in sich schloss. Kein Wunder, dass das ungeheure Gebiet, in dessen Bereich ein sehr grosser, vielleicht der grösste Teil aller psychischen Krankheiten untergebracht werden konnte, in Betreff seiner Abgrenzung und Einteilung der subjektiven Anschauungsweise der einzelnen Autoren den weitesten Spielraum darbot. Abgesehen davon, dass der selbständige primäre Charakter, wenn auch vielleicht in der überwiegenden Mehrzahl, so doch keine allgemeine Anerkennung fand, wurde schon über die Nomenklatur keine Einigung erzielt. Mit dem Ausdrucke „Wahnsinn“ wurden von einer Reihe von Autoren Krankheitszustände bezeichnet, die nach der Westphal'schen Definition der Verrücktheit zugerechnet werden müssten, und neuerdings gebraucht man als synonym bald für die eine, bald für die andere, bald für beide zugleich das Wort Paranoia. Um die grosse hier herrschende Uneinigkeit einzusehen, braucht man nur einen Blick in die angesehensten unserer psychiatrischen Handbücher zu werfen.

Schüle nähert sich in seiner klinischen Psychiatrie 1886 in der Sache noch am meisten dem Standpunkte Westphals, während er in der Benennung auch von ihm abweicht. Nur die originäre Form bezeichnet er als Verrücktheit und behandelt sie so wie seine bereits erwähnte Zwangsvorstellungspsychose (abortive Verrücktheit Westphals) als Formen des hereditären Irreseins. Im übrigen aber wird das ganze Gebiet der Verrücktheit im Sinne Westphals auch bei Schüle als eine zusammengehörige Gruppe abgehandelt unter dem gemeinsamen Namen Wahnsinn, als gleichbedeutend mit Paranoia.

An der Zusammengehörigkeit des ganzen Westphal'schen Begriffs hält auch Werner*) fest, und wie er bezeichnet auch Kirchhoff (Lehrbuch der Psychiatrie 1892) den Westphal'schen Begriff in seiner ganzen Ausdehnung als Paranoia.

Diesen gegenüber steht eine ganze Reihe anderer Autoren, welche die akut verlaufenden und eine bessere Prognose bietenden Fälle durchaus von den chronischen getrennt wissen will. Erwähnen möchten wir hier nur von Krafft-Ebing. Nach ihm stellt sich die Paranoia als eine chronische, ausschliesslich bei erblich Belasteten vorkommende, häufig aus constitutionellen Neurosen sich entwickelnde psychische Krankheit dar, deren Hauptsymptom Wahnideen sind.

---

*) Die Paranoia, Monographie. Stuttgart 1891.

Er hebt die degenerative Bedeutung des Krankheitsbildes und den regelmässigen Ausgang in psychische Schwächezustände hervor. Von diesen, den psychischen Entartungen zugerechneten Formen völlig getrennt, unter den Krankheiten des rüstigen Gehirns, den Psychoneurosen, handelt er den hallucinatorischen Wahnsinn ab (die Westphal'sche akute hallucinatorische Verrücktheit). Er schildert dieselbe als ein Krankheitsbild, in welchem sich unter mehr oder weniger grosser Verwirrtheit im Anschluss an Hallucinationen gleichfalls Wahnideen geltend machen, die inhaltlich zwar gleich denen der Paranoiker sind, aber keinerlei Tendenz zur Systematisirung bekunden. Der hallucinatorische Wahnsinn geht nach von Krafft-Ebing nie in Paranoia über, und er verwahrt sich ausdrücklich gegen die Anschauung, wonach die Paranoia als eine chronische Form des Wahnsinns aufzufassen sei.

Dieses Bestreben, die sogenannte akute Paranoia von der chronischen Form derselben zu trennen, sehen wir in neuerer Zeit immer deutlicher hervortreten, und das nicht allein in Deutschland, sondern auch im Auslande. So giebt Séglas in seiner Arbeit „De la confusion mentale primitive“ *) eine prägnante und durchsichtige Schilderung des Krankheitsbildes der akuten hallucinatorischen Verwirrtheit, die vollständig der Auffassung, wie sie

*) Arch. gén. de Med. pag. 513. 641. Mai, Juni 1894.

in Deutschland herrschend ist, entspricht. Er macht in derselben ausdrücklich darauf aufmerksam, dass in Frankreich dem Gegenstande seit Esquirol nicht die genügende Aufmerksamkeit geschenkt worden sei, und dass man lange Zeit in dem Fehler beharrte, die Krankheitsform verschiedenen anderen Psychosen, hauptsächlich der Melancholie und der Manie beizuordnen, mit denen sie aber doch nur manche symptomatische Ähnlichkeit besitze. Erst die neuere Forschung schaffe darin Wandel, hauptsächlich die Arbeit deutscher Autoren. Séglas bespricht zunächst das Hauptkennzeichen der akuten Verwirrtheit, auf dem sich die andern Erscheinungen gleichsam aufbauen, die Ratlosigkeit, die Unfähigkeit des Kranken, sich in den einfachsten Verhältnissen zurecht zu finden und die Beziehungen der eigenen Person zur Aussenwelt zu erkennen, das Unvermögen einer einfachen Schlussbildung. Dann werden der Reihe nach die übrigen Krankheitszeichen abgehandelt.

Wir hatten gesehen, dass in Deutschland die Griesinger'sche Lehre, die „Verrücktheit" sei überhaupt ein sekundärer Zustand, ein Zustand geistiger Schwäche, lange Zeit vollkommen herrschend gewesen war. Als eine natürliche Reaktion kann es daher nur angesehen werden, wenn danach mit entschieden übertriebenem Nachdruck und einer doch zu weit gehenden Verallgemeinerung behauptet wurde, dass die „Verrücktheit", die „Paranoia" im Gegenteil durchaus nicht zum Schwachsinn tendire.

In dieser Beziehung verdient die Arbeit Magnans „Delire chronique à évolution systématique“ (Magnan, Psychiatrische Vorlesungen, Heft I) erwähnt zu werden, die jenen Uebertreibungen gegenüber zu einer unbefangeneren Beobachtung einschlägiger Fälle nach dieser Richtung hin herausfordert.

Das Délire chronique betrifft nach Magnan im allgemeinen Menschen im reifen Alter, die vorher geistesgesund waren, bis dahin kein Zeichen einer intellektuellen, moralischen oder affektiven Störung gezeigt hatten. Die Krankheit verläuft eminent chronisch, ihre Dauer kann 50 Jahre und darüber betragen; das wichtigste Kennzeichen ist ihr methodischer, stetig fortschreitender Verlauf, der vier deutliche Abstufungen erkennen lässt. Die erste Periode, die der Vorbereitung oder Inkubation ist characterisirt durch Illusionen, durch wahnhafte Auslegungen und durch die stetige und zunehmende Unruhe der Kranken. In der zweiten Periode, der der Verfolgung sind die Haupterscheinungen peinliche Hallucinationen, besonders solche des Gehörs, Störungen des Allgemeingefühls und Verfolgungsvorstellungen. Die dritte Periode, die der Selbstüberschätzung bietet Hallucinationen und Wahnvorstellungen im Sinne des Grössenwahns. Die vierte und letzte Periode ist gekennzeichnet durch den Verfall der Urteilskraft, sie ist die des Schwachsinns.

Diese Perioden folgen einander unwiderruflich in derselben Weise.

Magnan betont noch besonders, dass die Kranken niemals zu den sogenannten „Entarteten“ gehören, womit er sagen will, dass sie bis zum Ausbruch der Krankheit psychisch intakt waren; dies schliesst aber nicht aus, dass sie dennoch in unserem Sinne erblich belastet sind, und in der That stammen mehrere von Magnans Kranken, wie sich aus deren Krankengeschichten ersehen lässt, von geistes- oder nervenkranken Eltern.

Den deutschen Irrenärzten waren derartige Fälle mit fortschreitendem Verlauf von Beachtungswahn zum Verfolgungswahn, von diesem zum Grössenwahn und endlich zum psychischen Verfalle wohl bekannt, doch hatte man sie mit anderen Gruppen zusammengeworfen. Hierauf geht auch Magnan selbst näher ein, er erwähnt besonders Schüle und von Krafft-Ebing und kommt zu dem Schlusse, dass sowohl der chronische Wahnsinn des ersteren wie die Paranoia persecutoria des zweiten einen grösseren Umfang habe, als das von ihm gekennzeichnete Krankheitsbild. Sein Uebersetzer Möbius scheint nicht so weit zu gehen, wie sich aus dem von ihm gewählten Namen Paranoia completa entnehmen lässt.

In ähnlicher Weise beschrieb Mendel*) eine periodische Form der Paranoia, Paranoia periodica,

*) Allgem. Zeitschr. für Psych. XLIV. 6 pag. 617. 1888.

die er durch drei Krankengeschichten illustrirt. Der Anfall beginnt in der Regel ohne deutliche Vorboten mit Schlaflosigkeit und Blutandrang nach dem Kopfe. Demnach stellt sich zunächst Beachtungswahn ein, der bald in Verfolgungswahn übergeht; aus diesem heraus entsteht dann der Grössenwahn. Die Anfälle dauern vier Wochen bis vier Monate, enden entweder ziemlich plötzlich (Fall II und III von Mendel) oder auch mehr allmählich (Fall I); in letzterem Falle bleibt der Kranke noch längere Zeit lang launisch und misstrauisch, bekommt danach aber allmählich volle Krankheitseinsicht. Die Prognose ist auch für diese periodische Form äusserst ungünstig. —

So hat denn das ganze Gebiet der Paranoia, insbesondere der Paranoia primaria, in relativ kurzer Zeit einen so gewaltigen und weitgehenden Ausbau erfahren, dass es Mühe macht, sich auf demselben zurecht zu finden. Wir sehen daher auch in neuester Zeit wieder mehr und mehr die Bestrebungen dahin gehen, dieses durchaus reformbedürftige Gebiet der Paranoia in engere Grenzen zu fassen. Kurz erwähnen möchten wir in dieser Hinsicht Kraepelin, der in seiner Arbeit „Die Abgrenzung der Paranoia“ *) das Gebiet der Paranoia auf die Fälle mit „chronischer Ausbildung eines beständigen, unheilbaren Wahnsystems auf constitutioneller Grundlage“ eingeschränkt wissen will,

*) Zeitschrift für Psych. Bd. 50. pag. 1080.

wobei „constitutionell“ im Individuum vorgebildet, mit dem psychischen Wachstum mit Sicherheit erfolgend heisst. Auch Cramer, „Die Abgrenzung der Paranoia“ *), giebt nach dieser Richtung hin eine umfassende Darstellung. Seine Definition der Paranoia lautet: Einfache funktionelle Psychose, charakterisirt durch Erkrankung der Verstandesthätigkeit, wobei die Affekte nur eine secundäre Rolle spielen. Nach Schüle endlich, „Zur Paranoiafrage“, **) geht der Versuch, das klinische Gebiet der Paranoia abzustecken, am sichersten aus von der typischen chronischen, primär und meist auf originärer Grundlage entstehenden, vorwiegend stationär bleibenden, durch das klassische Bild systematisirten Verfolgungs- und Grössenwahnsinns ausgezeichneten Grundform. Daneben steht eine zweite chronische Form, die meist erworben ist, der vorigen in den Haupterscheinungen gleicht, aber in Einzelzügen (hauptsächlich in Bezug auf Menge und Bedeutung, sowie Individualisirung der Hallucinationen) von ihr verschieden ist und langsam progressiv oder auch regressiv verläuft. Eine dritte chronische Form endlich ist ihrer Entstehung nach secundär, der zweiten ähnlich, trägt aber noch besonders den Charakter der affektiven (meist melancholischen) Primärform an sich und unterscheidet sich von der

*) Zeitschr. für Psych. Bd. 51. pag. 488 u. 286.
**) Zeitschr. für Psych. Bd. 50. pag. 298.

ersten Form deutlich durch den Grundzug der psychischen Schwäche und hohe Bewertung der Hallucinationen. In sämtlichen drei Gruppen ist das Bewusstsein, abgesehen von intercurrenten, akuten Störungen, wach, das Denken formal richtig, die der falschen Voraussetzung, dem Wahn, fernliegenden Vorstellungsgebiete sind inhaltlich unversehrt, dementsprechend sind auch Uebergänge in Blödsinn erst spät, im Senium zu beobachten. Die sogenannte akute Paranoia zeigt die wesentlichsten Symptome der erwähnten Formen, ausgenommen der chronische Verlauf und die Unheilbarkeit; sie ist so zu sagen eine Wiederholung der typischen Paranoia in abgekürzter Form, aber mit der Neigung zur Wiederkehr und in diesen „Schüben" öfter der Ausdruck einer invaliden Hirnorganisation; dabei wird sie von Sinnestäuschungen als Aequivalent des depressiven oder expansiven Wahns beimehr oder weniger schwachem Bewusstsein begleitet. Die deliranten Zustände sind principiell hier abzutrennen, ebenso die durch vollständiges Zerfahren der Associationen gekennzeichnete Verwirrtheit (Amenta nach Meynert). —

Legen wir uns die Frage vor, wie in relativ so kurzer Zeit das Gebiet der Paranoia, insonderheit der Paranoia primaria, eine so weite Ausdehnung gewinnen konnte, mit der aber leider ebenso eine nicht wegzuleugnende Verwirrung auf besagtem Gebiet Hand in Hand ging, so finden wir nach unserer Ansicht die Ursache in dem Umstande, dass

bei den Vertretern der modernen Psychiatrie die ehemals Zeller-Griesinger'sche Lehre mehr und mehr in Vergessenheit geraten ist.

Griesinger hatte durch seine Entdeckung, dass die sogenannten psychischen Krankheiten nur Symptome, nur Stadien im Verlaufe eines weit allgemeineren grösseren Krankheitsprozesses seien, unendlich viel zu einer naturgemässen Auffassung derselben hinsichtlich ihres eigentlichen Wesens und ihres Verlaufes beigetragen und damit auch dem Arzte die Mittel in die Hand gegeben, ihnen vorbeugen, sie behandeln zu können wie jede andere Krankheit.

Er fand auch, wie wir gesehen haben, zunächst allgemeinen Anklang mit seiner neuen Lehre, und gross war die Zahl seiner Anhänger, welche ihm nachzueifern sich bemühten. Doch nach und nach verlegten sich die meisten von ihnen auf allerlei Einzelheiten, und über dem Verfolgen derselben verloren sie das Ziel aus dem Auge, nach dem er selbst so thatkräftig gestrebt hatte. Zu ihnen gesellten sich später auch die ehemaligen Schüler der einstigen Gegner und anderer Schulen, und so wurden beide zusammen die Begründer und Vertreter der sogenannten modernen Psychiatrie, welche mit der klinischen Medizin, wenigstens in dem Sinne, wie Griesinger das einstmals meinte, wenig oder gar nichts mehr zu thun hat. Sie schlossen sich vielmehr einer der herrschenden Schulen der modernen

Psychologie an, die der alten Leibnitz'schen praestabilirten Harmonie, nämlich zwischen Leib und Seele, huldigen, welche in dem schwer verständlichen modernen psycho-physischen Parallelismus wieder erstanden ist. Es ist jene dualistische Weltanschauung, wonach die psychischen und somatischen, geistigen und körperlichen Vorgänge zwei ganz selbständig für sich bestehende, wohl abgegrenzte Gebiete darstellen, die unmittelbar nichts mit einander zu schaffen haben, sich indessen nur so bethätigen, dass immer einem psychischen, geistigen Vorgange ein bestimmter somatischer, körperlicher entspricht. Dabei wird in Abrede gestellt, dass die Gesetze der Mechanik, wonach das ganze Weltall geordnet ist, auch für das psychische Geschehen, das bewusste Leben Geltung haben, und dass somit zwischen dem psychischen und somatischen keine eigentlichen, inneren, sondern vielmehr nur ganz oberflächliche, äussere Beziehungen bestehen.

Dementsprechend fassen natürlich auch diese „psychologisirenden" Psychiater der modernen Richtung, wie die psychischen Vorgänge überhaupt, so auch die krankhaften derselben, also die sogenannten psychischen Krankheiten, als etwas ganz für sich Bestehendes auf, die mit gleichzeitigen krankhaften somatischen Vorgängen nur das gemein haben, dass sie immer und immer wieder in ihrer Begleitung auftreten. Auf das Warum erhalten wir freilich keine Antwort.

Wie sehr diese modernen Psychiater sich der klinischen Medizin entfremdet haben, geht wohl am deutlichsten daraus hervor, dass dieselben auch selbst dann noch in ihren Anschauungen befangen blieben, als Arndt in seinem 1883 erschienenen Lehrbuch den Beweis für die Zeller-Griesinger'sche Lehre, nach welcher, wie schon mehrfach hervorgehoben, die psychischen Störungen als blosse Symptome eines weit allgemeineren Krankheitsvorganges anzusehen sind, in dem sie, wie Kahlbaum später gezeigt hatte, eine ganz bestimmte Reihenfolge einhalten, erbrachte. Indem er die Abhängigkeit des Verlaufes der Psychosen vom Nervenerregungsgesetz darthat und demselben das menschliche Denken und den Ablauf alles psychischen Geschehens überhaupt unterwarf und damit auch seine Abweichungen vom Gesunden, mit denen wir es in der Psychiatrie zu thun haben, stellte er sowohl jene obigen bis dahin noch unbegründeten Ansichten, als auch durch weitere consequente Anwendung und Durchführung des Gesetzes die gesammte Psychiatrie auf eine wissenschaftlich wohl gestützte Basis, die ihr bis dahin noch gefehlt hatte. Auf dieser festen Grundlage erwuchs die einheitliche Auffassung der Psychosen, erblühte die Erkenntnis des Wesens und des Zustandekommens der scheinbar einander so fremden verschiedenartigen Krankheitsformen, die in Wahrheit doch alle Töchter derselben Mutter sind; auf dieser Grundlage fusst der wichtige Satz: „Jede psychische

Krankheit beginnt und endet mit einer Melancholie".

Einfach und klar erscheint dieses Gesetz, dessen Existenz sorgfältige Beobachtung schon längst hatte ahnen lassen, uns jetzt, nachdem Arndt uns seine wissenschaftliche Erklärung gegeben, ja gradezu seine Notwendigkeit erwiesen hat. Dass trotzdem diese wichtige Entdeckung nicht den ihr gebührenden Einfluss auf die moderne Psychiatrie ausgeübt hat, erklärt eben, wie gesagt, nur ihre weitgehende Entfremdung von der klinischen Medizin

Mit vollem Recht gemahnt daher auch neuerdings Arndt*) nachdrücklich an ein engeres Zusammengehen der modernen Psychiatrie mit der klinischen Medizin, mit der sie fast nichts mehr gemein hat. Dieses Zusammengehen mit der klinischen Medizin kann aber nach ihm die Psychiatrie nur dann verlangen, „wenn sie sich als einen Teil der klinischen Medizin zeigt, indem sie als diese selbst in besonders gearteten, sogenannten neuropathischen, psychopathischen Persönlichkeiten zu erkennen sich giebt, wie sie das z. B. als Pädiatrie bei Kindern, d. h. Personen im Kindesalter, thut. Das erreicht die Psychiatrie aber nur dadurch, dass sie die Vorgänge, um die es sich namentlich bei ihr handelt, die sogenannten psychischen, die bewussten, aus den sogenannten

*) Geisteskrank. Unzurechnungsfähig. Entmündigt. Greifswald 1897.

körperlichen, somatischen, die man auch wohl die materiellen heisst, zu erklären sucht".

Diese Entfremdung von der klinischen Medizin und die damit notwendigerweise einhergehende Verwirrung in den Verhältnissen ist aber, wie schon einmal angedeutet, auf keinem Gebiete eine grössere und weitgehendere wie gerade auf dem der Paranoia primaria. Obgleich Griesinger sie ebenso als blosses Symptom, beziehungsweise einen blossen Symptomencomplex beschrieben hat, wie die bis dahin allein bekannte und als die secundäre bezeichnete Verrücktheit, so erhob man sie doch nach ihm, wie wir gesehen haben, zu dem Range einer besonderen Krankheit, die unter verschiedenen Formen aufzutreten vermöge, chronisch verlaufe, dabei jedoch sehr häufig als Paranoia acuta jäh einsetze und zur Zeit eine der best gekannten psychischen Krankheiten darstelle. Es ist dies die akute Verrücktheit, welche Arndt in der zuvor citirten Arbeit als „das Mädchen für alles" bezeichnet, insofern als alle möglichen akuten psychischen Störungen mit ihrem Namen belegt worden sind und belegt werden, die er völlig verwirft, wie dieselbe ebenso auch kürzlich von Hitzig*) in ihrer Nichtigkeit erwiesen worden ist.

Es liegt uns ferne, die Verdienste oben erwähnter Forscher rückgängig machen zu wollen.

---

*) Ueber Querulantenwahnsinn.

Der Drang nach Erkenntnis ist verschieden, nach Intensität und Extensität. Den einen lässt das vorwiegend analytische Denken mehr die Unterschiede der Dinge erkennen, die einer Vereinigung widerstreben, während die Synthesis den andern drängt, das gemeinsame Band wiederherzustellen und die disjecta membra auf's neue zu sammeln. Beide arbeiten in gleicher Anstrengung an der Förderung der Wahrheit, am besten aber freilich, wenn sie in gegenseitiger Ergänzung zu einander stehen. Darum soll auch die Sonderung des viel umstrittenen klinischen Krankheitsbildes der primären und secundären Paranoia nicht weiter angetastet werden. Anderseits darf aber auch nicht vergessen werden und kann bei der jetzt allgemein herrschenden Richtung der modernen Psychiatrie, die mit ihren unzweifelhaft übertriebenen analytischen Bestrebungen eine heillose Verwirrung in der Psychiatrie zu schaffen droht und zum Teil schon geschaffen hat, nicht nachdrucksvoll genug betont werden, dass eben im Grunde genommen die Geisteskrankheiten nicht Krankheiten an sich, sondern nur Symptome anderer Krankheiten, meistens Symptome von Stoffwechselerkrankungen bei besonders gearteten Persönlichkeiten darstellen. Ebenso wenig wie wir die Tachycardie, die Bradycardie, die Arythmie als Krankheiten an sich, sondern nur als Symptome von solchen auffassen, wie niemals der Diabetes mellitus, das Cheyne-Stokes'sche Atmungs-

phänomen, die Laryngeal- und Bronchialkrämpfe, gewisse Formen des Erbrechens Gehirnkrankheiten darstellen, sondern höchstens Symptome derselben sind, also krankhaft veränderte Funktionen des Gehirns oder einzelner seiner Teile, so stellen auch die psychischen Störungen niemals Gehirnkrankheiten an sich dar, sondern sind höchstens Symptome derselben, machen nur einen wesentlichen Teil der Symptomatologie derselben aus. „Die Psychosen an sich sind nichts anderes als der psychische Ausdruck der verschiedenen Entartungszustände, und wie im Einzelnen, so auch in der Gesammtheit folgen sie damit notwendigerweise dem Zuckungsgesetze des ermüdeten und absterbenden Nerven, das alle Äusserungen jener Entartungszustände, zumal soweit sie durch das Nervensystem vermittelt werden, beherrscht". (Arndt.)

Demgemäss haben wir in der initialen Melancholie einer typischen Vesania oder paralytica progressiva die Reaktionsweise des einfach ermüdeten Nerven vor uns mit seiner relativen Steigerung der Erregbarkeit bei absoluter Verminderung derselben, in der Manie das erste Stadium des absterbenden Nerven beziehungsweise psychischen Organes mit der noch fortdauernden Steigerung der Erregbarkeit, die in der secundären Melancholie und im Stupor dem zweiten Stadium des absterbenden und der Reaktion des erschöpften Nerven Platz macht mit hochgradiger Verminderung bis Erlöschen der Erregbarkeit. Nach

Analogie der grossen Mannigfaltigkeit in den Erscheinungen des Zuckungsgesetzes haben wir natürlich auch in den einzelnen Psychosen Ungleichmässigkeiten in Dauer, Verlauf und Intensität der einzelnen Stadien, so dass bald das eine, bald das andere mehr hervortritt und dem Beobachter imponirt. Das wechselvolle, in jedem einzelnen Falle anders gestaltete Bild, das sie darbieten, hat hierin seinen Grund.

Es entstehen so die scheinbar atypischen Formen der Psychosen. Doch auch diese haben ebenso wie die typischen Formen ihre Ursache in der Reaktionsweise eines kranken psychischen Organs. Und zwar haben wir es hier nach Arndt gleich von vornherein mit der Reaktion des erschöpften und absterbenden Nervensystems zu thun.

Eine scharfe Abgrenzung ist zwischen beiden kaum zu machen. Wir haben vielmehr in den sogenannten circulären und periodischen Störungen den Übergang von den typischen zu den atypischen Psychosen zu sehen. In ihrem späteren Verlaufe sind auch diese circulären Irrseinsformen als solche psychische Schwächezustände aufzufassen, da sie nur unter dem Einflusse hochgradiger psychopathischer Disposition und auf Grund schwerer erblicher degenerativer Belastung sowie einer anhaltenden schweren Ernährungsstörung des psychischen Organes zustande kommen. Als ganz bestimmt gelten aber dafür die Verrücktheit, Paranoia, und der Blödsinn, Dementia und Amentia.

So ist es uns denn verständlich und finden wir es in den Thatsachen begründet, weshalb in dem einen Falle eine typische Psychose mit dem ganzen Sturm und der gewaltigsten Aufwühlung des Seelenlebens in seiner Totalität sich entwickelt und entweder in Genesung oder secundärer Schwäche endigt, oder im andern Falle von vornherein nur die Erscheinungen der sogenannten atypischen Störungen sich zeigen, die in ihrer Dauer meistens über weit längere Zeit sich ausdehnen, in ihrer Intensität und Extensität nicht so heftig auftreten, aber dennoch eine weit schlechtere Prognose liefern, weil schliesslich Verblödung die Regel ist. Zu einer regelrechten Vesania hat die dazu immer noch erforderliche gewisse Kraft und Resistenzfähigkeit gefehlt. Diese bedarf eines relativ noch reaktionsfähigeren und leistungsfähigeren Nervensystems als Grundlage, wenn wir auch nicht mit Schüle von ihr als der Psychose eines rüstigen Gehirns mit organisch-psychischer Vollentwicklung sprechen können.

Ziehen wir eine durch Arndt uns an die Hand gegebene bildliche Darstellung heran und stellen wir uns den Ablauf des normalen, in der Breite der Gesundheit verbleibenden Lebens als eine Curve aus infolge der einwirkenden Reize gebildeten Zuckungen vor, mit leichten über ein beschränktes Maass nicht hinausgehenden Erhebungen und Senkungen auf bald hellerem, bald dunklerem Hintergrunde, der im wesentlichen aber beständig bleibt und nur hin und

wieder sanfte Übergänge zeigt; so haben wir in der typischen Vesania und in der progressiven Paralyse, besonders der rapida bei jüngeren Leuten, die lebhaften Zuckungen eines ermüdenden Nervensystems vor uns auf einem schnell vom Dunkel bis zum Hell wechselnden Hintergrunde des Gemüts. Danach werden die Zuckungen geringer, der Hintergrund wird gleichmässiger und die Curve läuft mit sanften Wellenlinien in die des normalen Lebens aus oder in die grade Linie terminalen Blödsinns, d. h. der Nerv erholt sich oder erlahmt und stirbt ab.

Anders verhält es sich bei den scheinbar atypischen Seelenstörungen, in denen wir gleich von vornherein die Reaktion des erschöpften und absterbenden Nerven sehen. Hier haben wir nicht die gewaltigen Zuckungen am Anfang, sondern die Curve setzt mit kleineren nicht so hoch ansteigenden und nicht so tief herabsinkenden Schwankungen ein, der Hintergrund wechselt ebenfalls in stärkeren Farben, wenn auch nicht so schroff, aber wir haben eine lange Kette solcher Zuckungen vor uns, die von mannigfaltiger und ungleichartiger Beschaffenheit, mit intercurrirenden Pausen der anscheinenden Erholung des Nervensystems, dennoch mit einem langsameren aber um so sicheren endlichen Verfall, d. h. der Erlahmung und dem Absterben in grader Linie endigen.

Wenn wir uns dies recht vergegenwärtigen, wenn wir uns damit vertraut machen, in den Psy-

chosen nichts anderes zu sehen als was sie in Wirklichkeit doch nur sein können, nämlich, um es nochmals zu wiederholen, die Symptome, der psychische Ausdruck der verschiedenen Entartungszustände, welche mit einfachen Hypoplasien des Blut- und Nervenkörpers beginnen, zunächst in der chlorotischen und neuro- beziehungsweise psychopathischen Constitution ihren Ausdruck finden und mit dem Untergange der Geschlechter endigen, weil sie durch ihre Constitutionsveränderungen, die von Generation zu Generation zunehmen, unfähig geworden sind, sich zu erhalten und fortzupflanzen; und wenn wir uns dann weiterhin nicht dagegen verschliessen können, dass die Psychosen als solche, wie im Einzelnen, so auch in ihrer Gesammtheit damit notwendigerweise dem Erregungsgesetz des ermüdeten und absterbenden Nerven folgen müssen, so werden wir finden, dass es auch kein undurchdringliches Dunkel mehr ist, das über den Psychosen lagert, und uns ihre Erkenntnis verschliesst; es ist vielmehr ein helles Licht bereits über sie verbreitet, das uns darum auch in ihrer Erkenntnis entschieden weiter geführt hat und weiter führen wird. Grade wegen ihrer naturgemässen Auffassung der Dinge ist diese Lehre wie keine andere geeignet, uns den Einblick zu gewähren in viele unerklärlich scheinende Vorgänge und Erscheinungen des täglichen Lebens, die für den Nichteingeweihten in das Reich der Wunder und des Übernatürlichen gehören, deren sich daher der Aber-

glaube mit Leichtigkeit bemächtigt. Begegnen wir doch noch heute, namentlich auf dem Gebiete der sogenannten Seelsorge, vielfach der Ansicht und der „Lehre", dass die dem Irresein zu Grunde liegende Krankheit auf den Begriff der „Sünde" und des „Besessenseins" zurückzuführen sei, dass der Irre dämonisch krank sei und für sein Thun und Lassen verantwortlich gemacht werden müsse. Die traurigen Consequenzen, die diese Auffassung für die Behandlung der Geisteskranken haben muss, sind unschwer zu ziehen.

Auch die moderne Psychiatrie, entwickelt sie sich auf diesem von Arndt vorgezeichneten Wege weiter und gewöhnt sie sich daran, die Psychosen von diesem naturgemässen Standpunkte aus zu betrachten, wird am sichersten der Gefahr immer grösser werdender Verwirrungen und Verirrungen enthoben werden, dann wird sie sich nicht mehr als eine würdigere Genossin der Psychologie erweisen, sondern vielmehr verlangen können, als ein Teil der klinischen Medizin betrachtet zu werden, wozu sie doch in Wirklichkeit gehört; denn wir betonen es ausdrücklich: die Psychiatrie ist klinische Medizin! —

Im Anschluss hieran möchte ich nunmehr die Beschreibung eines Falles von Paranoia folgen lassen, den ich in der Klinik des Herrn Prof. Dr. Arndt zu beobachten Gelegenheit hatte, und der wegen

seines scheinbar eigentümlichen, aber dennoch gewissermassen typischen Verlaufs der Veröffentlichung wert erschien.

Krankengeschichte.

Karl P., gebürtig aus Bussin bei Velgast in Pommern, ist 30 Jahre alt, unverheiratet und seinem Berufe nach Volksschullehrer. Pat. ist hereditär belastet durch psychische Krankheiten in der Ascendenz. Der Vater desselben ist an einem Gehirnleiden gestorben; die Mutter lebt und ist, von den Beschwerden des Alters abgesehen, angeblich gesund; eine Schwester des Pat. ist hochgradig hysterisch. Ueber die Grosseltern ist nicht bekannt, dass dieselben an psychischen Störungen gelitten oder andere Krankheiten durchgemacht hätten, welche als prädisponirende Momente für Geisteskrankheiten angesehen werden oder mit solchen in Zusammenhang gebracht werden könnten. Ebensowenig lassen sich unter den übrigen entfernter stehenden Verwandten hereditäre Belastungsmomente ermitteln.

Pat. selbst hat schwerere Kinderkrankheiten, namentlich solche mit hervorragenden Cerebralsymptomen angeblich nicht durchgemacht. Auch über seine körperliche und geistige Entwicklung in frühster Jugend ist nichts Auffälliges und Abnormes bekannt, weder inbezug auf Sinnesperception, selbständige Bewegungsfähigkeit, sprachliche Aeusserung, noch auf die Aeusserung besonderer Gemüts- und Charaktereigenschaften und auf das Vonstattengehen der verschiedenen organischen Funktionen.

Im 11. Lebensjahr erkrankte Pat. an einer Osteomyelitis suppurativa acuta u. zw. am unteren Drittel des rechten Femur und wurde wegen dieses Leidens in der chirurgischen Klinik zu Greifswald operiert. Wegen eines Recidivs besagten Leidens im 19. Lebensjahr musste Pat. sich abermals einer Operation unterziehen; seitdem blieb er geheilt, wenn auch unter vollkommener Ankylose im rechten Kniegelenk.

In der nunmehr folgenden Zeit, dem Beginn und Verlauf der Periode körperlicher Reife, zeigte Pat. sich stets als

ein in jeder Beziehung solider Mann, der in seinem erwählten Beruf als Lehrer immer sehr tüchtig und ausserordentlich arbeitsam war.

Neben den notwendigen Arbeiten, welche sein Beruf erforderte, beschäftigte Pat. sich vielfach mit Privat- und Lieblingsstudien, und zwar war es besonders die Wissenschaft der Astronomie, der er sich mit grossem Interesse widmete. So mochte es denn wohl kommen, dass die angestrengte geistige Arbeit gelegentlich in geistige Ueberanstrengung ausartete.

Mit der Zeit bildete sich nunmehr bei dem Patienten eine Neigung zu allerhand eigenartigen Grübeleien aus: er stellte allerlei aussergewöhnliche Fragen und Probleme auf und suchte dieselben in mehr oder weniger genialer sein sollender Weise zu beantworten und zu lösen.

Die durch diese Neigungen und Gewohnheiten bedingten Erregungen übten natürlich bald ihre Rückwirkung auf das körperliche und geistige Wohlbefinden aus. Es stellten sich leichte gastrische Verstimmungen, Neigung zu Dyspepsien und Obstipation ein; der Schlaf wurde oberflächlicher und leicht unterbrochen und war deshalb weniger erquickend. Obwohl Patient auch vorher schon ein stiller, sanfter, gutmütiger Mensch von sanguinisch-melancholischem Temperamente und weichem, nachgiebigem Charakter war, der aber gelegentlich im Kreise seiner Verwandten und Freunde recht heitere und aufgeweckte Stimmung an den Tag legen konnte, so gab er doch allmählich mehr und mehr seinen Hang zur Einsamkeit zu erkennen, er wurde ein mehr für sich lebender Mensch, der am liebsten seinen eignen Gedanken und Träumereien nachging.

Doch mochte dies seiner weiteren Umgebung keineswegs auffallend erscheinen, um so weniger, als Patient als einsamer Dorfschulmeister ja doch mehr oder weniger auf sich selbst und seine eigene Unterhaltung angewiesen war; und was die Obliegenheiten in seinem Amte betraf, so besorgte er dieselben nach wie vor mit Pünktlichkeit und Genauigkeit.

So ging es Monate und Jahre.

Da traten, nach der Angabe der Schwester des Patienten, ganz plötzlich die Symptome einer psychischen Störung bei

dem Kranken in die Erscheinung. Dieselbe soll dadurch zustande gekommen sein, dass Patient der sich kurz zuvor das Haupthaar hatte abschneiden lassen, bei starker Kälte, im Schnee in die Kirche gegangen war und sich dadurch eine heftige Erkältung zugezogen hatte, die eine Steifigkeit und Schmerzhaftigkeit im Genick zur Folge hatte. Von hier aus soll das Leiden auf den Kopf und das Gehirn übergegangen sein.

Patient fing an, allerlei unverständliche, wirre und zusammenhangslose Reden zu führen; er sah vor den Augen ein nebelhaftes Chaos, aus dem sich allerhand schattenhafte Gestalten herausbildeten. Infolgedessen wurde Patient Tag und Nacht von Angstzuständen gefoltert, die Reizbarkeit bei ihm wurde immer stärker, alle entsprechenden Handlungen trugen den Charakter höchster Unruhe, des Unüberlegten, beziehentlich Uebereilten; die Selbstbeherrschung liess immer mehr nach, die triebartigen Handlungen brachen immer gewaltiger durch, und Ausbrüche von Heftigkeit mit tobsuchtartigem Charakter erfolgten mit immer unwiderstehlicherer Macht, so dass Patient schliesslich sogar zu Thätlichkeiten gegen seine eigene Schwester hingerissen wurde. Zwischendurch, in den Pausen grösserer Ruhe schienen mehr religiöse Momente die Vorstellungen des Kranken zu beherrschen, indem er sich wiederholt auf die Kniee warf und eifrig Gebete vor sich hinsprach.

Da Patient durch diesen seinen Zustand gemeingefährlich wurde, brachte man ihn in die Greifswalder psychiatrische Klinik zur Aufnahme am 13. Februar 1895.

Patient zeigt sich damals als ein Mann von mittelgrosser Statur, leidlich entwickelter Muskulatur und entsprechendem Panniculus adiposus; die Gesichtsfarbe ist blass, der Turgor vitalis der Haut herabgesetzt; in der Weite der Pupillen besteht keine nennenswerte Differenz, doch reagieren dieselben etwas träge auf Lichteinfall. Die ganze Muskulatur ist anscheinend krampfhaft angespannt, ohne vorherrschende Tendenz nach der Seite der Adductoren oder Flexoren hin. Die Sehnenreflexe zeigen sich überall deutlich erhöht. Das rechte Kniegelenk ist vollkommen ankylotisch, infolge der bereits erwähnten Operationen.

Im Übrigen finden sich am ganzen Körper mehr oder

weniger zahlreiche und ausgesprochene Stigmata degenerationis vor. Patient hat eine stark vorspringende Hinterhauptsschuppe, die Lambdanaht ist stark eingesunken, wenn auch im übrigen keine sonderliche Andeutung eines caput progenaeum gegeben ist. Die Ohrläppchen sind beiderseits angewachsen oder fehlen vielmehr, die Anthelix ist gegenüber der Helix bedeutender als gewöhnlich entwickelt, auch sonst sind noch geringe Unregelmässigkeiten wie wir sie an dem sogen. Morel'schen Ohr als charakteristisch beobachten, vorhanden. Naevi und sonstige Pigmentanomalien sind nur wenige sichtbar. Das Haupthaar ist bedeutend gelichtet und zeigt eine bis auf das Hinterhaupt reichende Glatze. Auch die übrige Körperbehaarung stellt sich z. T. in einer etwas ungewöhnlichen Verteilung und Anordnung dar, wie wir sie ja so überaus häufig mit Anomalien im Nervenleben vergesellschaftet finden, ebenfalls die bei Psychosen so häufige und charakterische Sacralbehaarung ist angedeutet. Die Respirationsorgane sind normal, der 2. Herzton ist klappend.

Anfänglich benimmt sich Patient verhältnissmässig ruhig. Doch schon am 2. Tage seines Aufenthaltes in der Anstalt schlägt dieser Zustand wieder in das gerade Gegenteil um. Der Kranke ist in beständiger Bewegung, rennt unaufhörlich hin und her, schimpft und lärmt, alles was man zu ihm sagt ganz mechanisch nachplappernd. Was ihm in den Weg kommt sucht er zu ergreifen und bei Seite zu drängen; er trommelt mit Händen und Füssen auf dem Nachtstuhl herum, reisst das Stroh aus dem Strohsack heraus, zerwirft das Nachtgeschirr in Scherben. Dann reisst er sich die Kleidungsstücke vom Leibe und rennt wild im Zimmer umher, bloss noch mit dem Hemde angethan; endlich wirft Pat. auch dieses von sich, legt sich hin und macht fortwährend Coitusbewegungen, wobei der penis jedoch vollkommen erschlafft bleibt. Der Nahrungsaufnahme setzt er energischen Widerstand entgegen; sobald ihm der Wärter den Löffel vor den Mund bringt, schreit er laut um Hilfe oder bittet auch um Gnade.

Dieser Zustand des Patienten machte sein Verbleiben auf dem Krankenzimmer unmöglich, und er wurde deshalb in einen Isolirraum verbracht, um hier seinen gesteigerten Bewegungstrieb nach Herzenslust austoben zu können, was

denn auch in ausgiebigem Maasse geschah. Ohne Unterlass lärmt und rennt der Kranke in der Zelle umher, mit Händen und Füssen gegen die Wände und die Thür schlagend, die Kleider vom Leibe reissend und die Lagerstücke zerfetzend; die Excremente lässt Patient unter sich gehen, damit den ganzen Raum und den eigenen Leib besudelnd. Gegen den eintretenden Wärter, der ihn zur Ruhe mahnen will, wird er aggressiv und sucht ihn an der Kehle zu packen.

Infolge dieser fortwährenden Unruhen und der dadurch bedingten Schlaflosigkeit, sowie der mangelhaften Nahrungsaufnahme musste naturgemäss der Ernährungszustand in ganz erheblicher Weise beeinträchtigt werden: das Körpergewicht des Patienten, welches bei seiner Aufnahme nur 55 kg betragen hatte, ging daher noch bedeutender, bis unter 50 kg herunter.

Der Kranke erscheint somit bedeutend abgemagert, Haar und Bart sind struppig, die Haut ist welk und schlaff und stellenweise mit kleinen Schrunden versehen; am rechten Hacken befindet sich eine grössere Blase, welche mit seröser Flüssigkeit erfüllt ist.

Nachdem der geschilderte Zustand des Patienten mehrere Tage angedauert hatte, verfiel derselbe nach einem kurzen Durchgangsstadium wechselnder Stimmung, in welchem er zeitweise ganz still da lag und fortwährend bis 5 zählte, ohne sich durch irgend etwas stören zu lassen, in einen mehr oder weniger apathischen und benommenen Zustand. In demselben stellt sich bei dem Kranken vollständige Energielosigkeit und Gleichgiltigkeit ein; die einfachsten seine Verhältnisse betreffenden Fragen beantwortet er gar nicht oder ganz verkehrt, die dargereichten Medikamente, sowie Speise und Trank weist er zurück, auch zur Reinlichkeit zeigt er keine grosse Neigung. Doch hielt dieser Zustand nur kurze Zeit an. Patient wird bald sichtlich klarer in seinen Vorstellungen, er nimmt regeren Anteil an seiner Umgebung; auch beginnt er aus freien Stücken, zuerst spärliche, dann wieder reichliche Nahrung zu sich zu nehmen; es wird deshalb, um ihn in der Ernährung zu heben, Extradiät verordnet.

Die Zeiten, wo Patient klar und verständig ist, werden immer häufiger und länger andauernd, so dass er wieder aufs Krankenzimmer verlegt werden kann.

Die nunmehr folgende Zeit bietet ein sehr wechselndes Krankheitsbild. Noch längere Zeit ist Patient in hohem Maasse reizbar, häufigem Stimmungswechsel unterworfen und zu raptusartigen Ausbrüchen geneigt. So steht er eines Tages in aller Frühe, während alle andern noch schlafen, auf, öffnet die Fensterladen, nimmt seine Kleidung aus dem Schrank und trifft alle Anstalten, unbemerkt zu entkommen. Auch ist er mitunter geneigt, sich der getroffenen Hausordnung zu widersetzen: so ist er eines Morgens absolut nicht dazu zu bewegen, sich zu waschen, den ihn dazu auffordernden Wärter überhäuft er mit Schimpfworten jeder Art. An manchen Tagen wieder liegt in dem ganzen Wesen des Kranken unstreitig ein maniakalisches Element: alle Redensarten desselben sind alsdann von einem auffälligen, läppischen und unmotivirten Lächeln begleitet.

Trotz dieses noch vorhandenen Stimmungswechsels schreitet aber nunmehr die Besserung sichtlich weiter: dies zeigt sich hauptsächlich durch die ganz erhebliche Zunahme des Körpergewichts, das allmählich auf 60 kg. und darüber ansteigt. Der Kranke erholt sich von Tag zu Tag, von Woche zu Woche. Der Appetit ist rege, die Verdauung kräftig; Gang und Haltung gewinnen an Lebhaftigkeit und verraten Kraft und Spannung der Muskeln. Patient steht praecise auf und geht vielfach im Garten spazieren. Freilich geht er meist für sich allein, bleibt stets ernst und verschlossen; auf längere Gespräche lässt er sich nicht ein, sondern ist im Gegenteil immer recht kurz angebunden. Im übrigen verhält er sich aber recht ruhig und gesetzt. Auch seine Teilnahme an den Verhältnissen seiner Familie bringt er zum Ausdruck, indem er unaufgefordert an seine Schwester einen Brief schreibt. Ein Besuch seiner Nichte scheint ihn sehr zu erfreuen, wie sich aus der recht lebhaften und regen Beteiligung an der Unterhaltung ersehen lässt. Auf Befragen, ob er entlassen werden will, giebt er zur Antwort, „wie der Herr Professor darüber befinden", fügt aber hinzu, dass er sich noch etwas schwach fühle, „seinem Berufe nachzugehen, daran könne er wohl noch nicht denken".

In der Folge zeigt er sich andauernd gehalten und verständig: er spricht einige Male den Wunsch nach Entlassung aus, geht aber auf die Gründe für deren Verweigerung,

da ein etwas längerer Aufenthalt unter den Verhältnissen, unter denen er nunmehr einer völligen Genesung entgegengehe, für ihn nur vorteilhaft sein könne, in verständiger Weise ein.

Da das körperliche und geistige Wohlbefinden dauernd zu sein scheint, die Stimmung immer gleichmässiger wird, so kann Patient am 6. Juli als geheilt aus der Anstalt entlassen werden.

Die Wiederaufnahme des Patienten musste am 18. Februar 1896 erfolgen.

Ende Januar dieses Jahres wurde Patient wieder von einer grossen Unruhe und überaus wechselnder Stimmung heimgesucht. Er bekam unmotivirte Lachanfälle, denen stundenlange Weinkrämpfe folgten. Danach bemächtigte sich seiner eine andauernde und hochgradige Unruhe; er plapperte unaufhörlich vor sich hin, declamirte, sang und tanzte im Zimmer herum, lachte, schnitt die furchtbarsten Gesichter und klatschte sich voll Freude in die Hände; dann sprang er wieder umher, schlug Rad und fand grosses Vergnügen an allerhand mehr oder weniger ungeschickten Körperverdrehungen und verschränkten Stellungen, sich für einen bedeutenden Gymnast, Schlangenmenschen und Akrobat haltend. Gewöhnlich des Abends beherrschten den Kranken stärkere Erregungen. Er beschäftigte sich dann auch wohl gern mit grossen Plänen, er wollte weite Forschungsreisen unternehmen, componiren und schriftstellerisch thätig sein etc. Bei dem geringsten Widerspruch, den man ihm gegenüber erhob, wurde er sehr erregt und war er gleich zu Thätlichkeiten bereit.

Sein Körpergewicht bei der Aufnahme beträgt 78 kg. Doch diese vollsaftige Constitution ist nur scheinbar; es fehlt der Turgor vitalis, die schwellende Weiche, der duftige Schmelz der Haut, dieselbe ist vielmehr blass, anämisch und pastös, wie denn der Kranke überhaupt einen ausgesprochenen anämischen und chlorämischen Habitus darbietet. Dazu zeigt der Kranke einen fortwährenden und auffälligen Wechsel in der Qualität und Intensität der Stimmung, sowie mancherlei abnorme Aeusserungen der Vorstellungsthätigkeit. Er ist hochgradiger Onanist. Nach seinem Namen befragt, giebt er zur Antwort: „Ich heisse Lrak

Esnoper (sein Name rückwärts gelesen): im Verlauf der Unterhaltung legt Patient ein sehr albernes und läppisches Gebahren an den Tag. Dabei treten hauptsächlich an den Armen und Händen fortwährend unwillkürliche zuckende, chorea- oder paramyoklonusähnliche Bewegungen auf, welche der Kranke nicht zu unterdrücken vermag, und die besonders dann stärker hervortreten, wenn Patient sich beobachtet weiss oder man mit ihm spricht. Auch die verschiedenen mimischen und die Augenmuskeln scheinen mehr oder weniger Sitz derartiger Bewegungen zu sein: so bemerkt man von Zeit zu Zeit ein Runzeln der Stirn, mitunter auch ein leichtes Verziehen des Mundes. Gefragt, was das bedeuten solle, erwidert er: „Ich ahme den Veitstanz nach, ich habe denselben vor langen Jahren bei einem Kinde gesehen und da hat er mir sehr gut gefallen."

Besonders in der Nacht pflegt Patient ausserordentlich unruhig zu sein. Mit besonderer Vorliebe ahmt er allerlei Tierstimmen nach, bald stösst er rauhe Laute aus, dem Bellen eines Hundes vergleichbar, bald miaut er wie eine Katze, oder er kräht wie ein Hahn, kreischt wie eine Eule oder dergl. Bei der Visite versteckt er sich unter der Bettdeke; den Kopf hält er stets nach der rechten Seite hinüber geneigt. Bei an ihn gestellten Fragen streichelt er sich verlegen seine Arme und Hände, während gleichzeitig dabei die bereits geschilderten chorea- und paramyoklonusähnlichen Bewegungen sehr deutlich hervortreten. Beim Gehen hält er die kleinen Finger abgespreizt sowie den Kopf nach rechts ein wenig geneigt. Die Erregungen nehmen in der Folgezeit noch mehr zu: Patient läuft häufig nackt im Zimmer herum, macht allerhand lose Scherze, neckt und chicanirt seine Zimmergenossen in aufdringlicher Weise; dazwischen stellen sich häufig mehr raptusartige Zustände ein, in denen Patient brüsk und rücksichtslos seine Umgebung anzugreifen sucht, so dass es schliesslich zu Thätlichkeiten beiderseits kommt, die mit einigen ehrenvollen Abschürfungen im Gesicht enden. Es wird daher notwendig, Patienten wieder in einen Isolirraum unterzubringen.

Wenn auch noch verworren in seinen Vorstellungen, so stellt sich doch um die Mitte des Monats März wieder ein mehr ruhiges Verhalten bei dem Patienten ein; nur onanirt

er noch sehr stark; die Cardinalfunktionen sind im übrigen in leidlich guter Ordnung.

Bald treten jedoch nunmehr, jedenfalls auf Grund von Parästhesien allerlei Wahnvorstellungen bei dem Kranken in den Vordergrund. So giebt er eines Morgens an, dass er die Nacht nicht habe schlafen können, er habe grosse Unruhe in seinem Leibe verspürt, nach Genuss einer fetten Spickflunder sei ihm dieselbe fortwährend im Bauche herumgeschwommen; er redet von weissen Flöhen, die er in der Nacht gesehen habe, und mehr derartigem. Auch verkennt er zum Teil seine Umgebung, so hält er z. B. den Herrn Professor für seinen „Papa". Er schreibt einen Brief sehr verworrenen Inhaltes nachhause; in demselben berichtet er: er rede oft mit seiner (inzwischen verstorbenen) Mutter, dieselbe suche ihn zu trösten. Seine Schrift ist dabei sehr schnörkelhaft. Auch gefällt Patient sich jetzt mitunter in allerhand seltsamen Grübeleien und fremdartigen Ideen. So giebt er eines Tages seinen Stubengenossen ein Rätsel auf, wer ihm den Gegensatz von Blitz zu nennen vermöchte; seine eigene Lösung darauf lautet: Eis, denn der Blitz bezeichne eine Bewegung, während das Eis die Ruhe ausdrücke. Für bessere Belehrung ist er dem Herrn Professor dankbar. Bei Gelegenheit einer Vorstellung im Auditorium giebt Patient mehr oder weniger verworrene und zusammenhangslose Antworten; er nennt sich hier Esnep Pense.

Die Haltung des Kranken ist um diese Zeit eine mehr oder weniger scheinbar zusammengesunkene. Die eigenartigen zuckenden Bewegungen dauern noch fort und treten stärker hervor bei leichten Erregungen. Die Arme hält er entweder über der Brust gekreuzt oder weit abgespreizt, letzteres hauptsächlich dann, wenn er im Zimmer oder im Garten umhergeht; die Kopfhaltung ist nach wie vor auf die Seite geneigt. Das Körpergewicht beträgt 77 kg.

Auf Wunsch der Schwester wird Patient am 16. Mai 1896 entlassen. —

Schon am 26. Semptember desselben Jahres gelangte Patient zum dritten Mal zur Aufnahme.

In Begleitung mannigfacher Wahnideen und Phantasmen hatte der Kranke mehrmals wieder starke Erregungszustände, in denen es gelegentlich auch zu explosiven Vorgängen kam,

so dass es zur Unmöglichkeit wurde, den Patienten länger zuhause und in der menschlichen Gesellschaft zu halten.

Das Körpergewicht des Patienten ist in der Zwischenzeit ungefähr dasselbe geblieben, ebenso auch seine äussere Erscheinung. Die Haut ist noch blass und anämisch, die Muskulatur der Hände, Arme und des Gesichts befindet sich noch ständig in leichter Unruhe. Die Reizbarkeit, der leicht aus den geringsten Anlässen eintretende Wechsel der Stimmung und des Verhaltens zur Umgebung dauert in den nächsten Monaten noch fort. Danach treten aber die Reiz- und Erregungszustände allmählich wieder mehr und mehr zurück; es kann Pat. daher ruhig im Bett gehalten werden: er zeigt jetzt wieder mehr Hang zu einem einsamen, selbstbeschaulichen Dasein und fühlt sich offenbar am wohlsten, wenn man ihn vollkommen in Ruhe lässt. So ist es denn zu verstehen, wenn er eines Tages den Wunsch laut werden lässt, man möchte ihn doch mal wieder eine Woche lang in die Zelle bringen und ihn allein lassen.

Doch in dem Maasse, wie die äusseren Erregungszustände nachlassen, treten nunmehr immer deutlicher allerlei Wahnvorstellungen bei dem Kranken auf, und so finden wir schon Ende Februar und mehr noch im Verlaufe des Monats März als hervorstechendstes Symptom einen ausgeprägten Grössenwahn und den Wahn, eine andere Persönlichkeit zu sein. Patient nennt sich Graf Esnep (sein Name rückwärts gelesen); er besitzt weit ausgedehnte und reiche Landgüter, er trägt sich mit grossen Plänen, will Schlösser bauen, Fabriken errichten etc.; sein Stammsitz ist Esnephausen. Gefragt, warum er denn seinen Wohnsitz verlassen und sich an seinen jetzigen Aufenthaltsort begeben habe, giebt er zur Antwort, dass er sich nur zu seiner Erholung hierselbst befinde; Esnephausen liege an der grossen Strasse, die von der Stadt nach dem Lande führe, auf derselben herrsche ein ausserordentlich reger Verkehr, den manche Menschen nicht zu ertragen vermöchten, da durch die fortwährenden durch den Verkehr verursachten Unruhen und Störungen die Nerven allzusehr angegriffen würden, so dass man nervös werde. So sei es auch ihm wohl ergangen, doch fühle er sich jetzt schon wieder leidlich wohl und hoffe, dass er bald wieder seine gewohnten Beschäftigungen werde aufnehmen können.

Auf die Frage, womit er sich denn in Esnephausen hauptsächlich beschäftige, erwidert er, er treibe alles, was man so im Leben zu thun pflege, zunächst denke er vor allem daran, schriftstellerisch thätig zu sein. Weiterhin befragt, ob er denn dadurch seinen Lebensunterhalt und viel Geld zu erwerben glaube, entgegnet er lächelnd: „am Golde hängt, nach Golde drängt ja alles, Sie sprechen zu mir von Geld und Gold, andere aber sagen: was frage ich viel nach Geld und Gut."

Patient scheint sich um diese Zeit ganz behaglich und wohl zu fühlen; er äussert wiederholt, dass es ihm sehr gut gefalle, er hebt rühmend hervor, dass das Zimmer, in dem er sich befinde, doch recht hübsch gross und geräumig sei, auch werde er vielfach von Personen besucht, die ebenfalls sich mit wissenschaftlichen Arbeiten beschäftigten (womit er jedenfalls die Aerzte der Klinik meinte). Sein Wohlbehagen bringt er auch häufig dadurch zum Ausdruck, dass er oft kleine Liedchen vor sich hinsingt.

Während Patient spricht, zieht er häufig die Stirn in krause Falten, als ob ihm alles, was er sagt, selbst sehr bedeutend und wichtig vorkommt. Dabei hält er die Arme fast stets über der Brust verschränkt und wiegt leicht mit dem Oberkörper hin und her. Die Muskeln der Hände und Arme vollführen die bereits erwähnten leicht zuckenden Bewegungen; der Kopf ist ein wenig auf die rechte Seite geneigt. Sonst sitzt Patient im Bette mehr oder weniger in sich zusammengezogen da; nur wenn er einen ihm besonders wichtig erscheinenden Gedanken ausspricht, dann richtet er sich mehr auf, diese straffere Haltung durch ein in der schon angegebenen Weise entsprechendes Minenspiel noch ausdrucksvoller gestaltend.

Die Grössenideen dauern fort und beherrschen im folgenden das gesammte Krankheitsbild. Vor allem ist es die Vorstellung, ein bedeutender Schriftsteller zu sein, und damit der Drang verbunden, diese schriftstellerische Thätigkeit auch zu bethätigen. So stellt sich eines Tages unser Patient als Dr. Peus vor. Er hat eine Dissertation verfasst: „über die Ekliptik"; auch hat er verschiedene Thesen aufgestellt, welche folgendermassen lauten:

„1. Th.: Die Sonne scheint für manches Wesen unsichtbar.
2. Th.: Die Ekliptik der Sonne und die Ekliptik des Mondes sind gleichlaufend (ein kosmetischer Versuch).
3. Th.: Die Wasserversorgung der Sonne, bezw. des Mondes durch Kapillargänge steht im Verhältnis zur Polhöhe der Erde.
4. Th.: Die Gradeinteilung der Ekliptiken ist proportional."

Zu der Arbeit selber, welche Patient teils selbst niederschreibt, zum grössten Teil aber diktirt, „da es ihm unbequem sei und Mühe mache, im Bett zu schreiben", stellt er folgende Disposition auf:

„I. (Einleitung) Was ist Ekliptik,
II. (Hauptteil) Sonnenekliptik und Mondekliptik.
III. (Schluss) Die Ordnung ist da, zu bewundern ist sie,"

und führt dieselbe, wie folgt, durch:

„Mancher könnte vielleicht einen ganz falschen Begriff haben, wenn er das Wort Ekliptik zuerst hört. Er weiss nicht, dass damit die scheinbare Bahn der Sonne, bezw. des Mondes gemeint ist. Es ist ziemlich bekannt, dass der Bogen und der Weg, den die Sonne und der Mond machen, verschiedene Länge zu den verschiedenen Jahreszeiten hat. Bekannter wird diese Anschauung, wenn wir den Weg näher markiren.

So sehr wir uns freuen über das Licht, das uns die Sonne spendet, so sehr wären wir traurig, wenn wir wüssten, dass ein Blinder das strahlende Gestirn gar nicht sieht. Die schwache Lichtempfindung, welchen der Eindruck der Sonnenstrahlen auf ihn vielleicht macht, bringt in seinem Gehirn eine Vorstellung zur Wirklichkeit, die von der bekannten Ansicht bedeutend abweicht. Während die Mondekliptik mit ihren Erhöhungen und Vertiefungen uns einen Wellenkreis zeigt, bei dessen Versenkung eine Durchschneidung der Erdbahn stattfinden würde, so zeigt die Ekliptik der Sonne die Beherrschung beider Bahnen (der Erd- und der Mondbahn). So dominirend dieser Einfluss der Sonne auch ist, er wird beschränkt durch den Glauben vieler, unsere Erde steht still. Der Ausbau der Ekliptika zu zwei Lichtkugeln versöhnt den

Erdenbewohner zur Genüge mit dem Gedanken an die eigene Trägheit. (Stillstand der Erde in Bezug auf den Bewohner derselben).

Doch so dankbar die Erde durch blühende Vegetation, durch Leben und Weben sich dem Bewohner anderer Welten zeigt, sie will auch geben (dem Erdbewohner). Die ewigen physikalischen und chemischen Naturgesetze, welche sie einschliesst, kommen dem Bestreben der Sonne und des Mondes, sich von ihr mit Wasser zu versorgen, entgegen. Der Horizont lässt uns das Gelingen dieser Vorsehung finden.

Jagen oft Stürme die Wolken des Horizonts und machen die Bahn der beiden Gestirne uns undeutlich, der Weg derselben ist geordnet; der Schöpfer überm Sternenzelt hat den Weg und die Bahn weise geordnet und vervollkomnet."

Nach Beendigung seiner Arbeit gefragt, ob ihn die Anfertigung derselben auch sehr angestrengt habe, meint er: im Gegenteil, sie habe ihn nur angenehm angeregt; er werde noch weiter über dieselbe nachdenken.

Dies scheint Patient denn auch wirklich gethan zu haben, denn schon an einem der nächsten Tage wünscht er noch eine kleine Erweiterung des Hauptteils seiner Doktorarbeit vorzunehmen, indem er sich mit Bezugnahme auf die Sonnenekliptik noch „über den Nutzen der Sommersprossen" etwas verbreiten möchte. Er schreibt darüber folgendes:

„Die Stellung der Sonne wirkt bedeutend auf die Haut des Menschen durch ihren Wärmeinhalt und ihre Ausstrahlung (Ekliptik!) ein.

Auffallend ist es, einen Knaben beobachten zu können, der recht hervorspringend nur e i n e Sommersprosse zur Schau trägt. Die Auflagerung der Sprosse auf der Haut lässt deutlich ein rotes Gefäss (Capillarium) erkennen, dessen Ausstrahlung sich rötend mit dem Pigment des Protoplasmas vermengt und vermischt, eine Wahrnehmung, aus der man mit Sicherheit schliessen kann, dass die Sommersprossen (Helis pigmaea) die gesunde Farbe der Epidermis begünstigen. Die Ansicht, dass jeder Mensch diese Sonnenkörper einmal am Körper zeigt, lässt sich deshalb hören. Ein Mädchen hatte im Gesichte auf der linken Backe zwei Sommersprossen in einer Entfernung von 3 Centimetern. Sonst zeigte das Gesicht überall gleiche Epidermis, wetterharte Haut, auch

in den Augenwinkeln. Die beiden Gefässe zeigten straffe Anschwellung, als seien sie dazu bestimmt, ungesunde Farbenstoffe aufzusaugen, während gleichzeitig der gesunde Stoff in die Haut und die Epidermis übergeht. Eine gewisse günstige chemische und physikalische Beschaffenheit einzelner Stellen des Gesichtes, was die Aufnahme der Sommersprossen anbetrifft, war zu beobachten.

Auffallend fand man es, bei Kindern, Jungfrauen und Jünglingen, gerade auch drei, fünf, neun und sechzehn Sommersprossen, so verteilt, anschauen zu können, die in Bezug auf ihre Stellung zu einander geometrische Flächen auftielen. Der menschliche Körper in seiner verschiedenen Zusammensetzung bei den einzelnen Individuen erfordert dieses Mehr oder Weniger."

Die Wahnideen bleiben in der nächsten Zeit die nämlichen, ohne wesentlichen Wechsel im Inhalt: das Gedächtnis und das objektive Urteil des Kranken scheinen dabei bis jetzt verhältnismässig wenig gelitten zu haben. Er vermag ganz verständige Antworten zu geben, ist gelegentlich auch wohl einmal zu leichten Scherzen aufgelegt. Als ihm so eines Tages der Herr Professor sein ungehöriges und ungezogenes Benehmen seinerzeit zuhause vorhält, dass er sogar versucht habe, seine eigene Schwester zu schlagen, fasst Patient dies in dem Sinne auf, als ob er selbst gelegentlich von seiner Schwester etwas nachdrücklicher gezüchtigt worden wäre, meint aber, dass das nicht viel zu bedeuten gehabt habe, es sei nur mehr „Massage" für ihn gewesen. Patient liegt meist ruhig im Bett und schickt sich ausserordentlich willig in die ihn umgebenden Verhältnisse. Er macht jedoch körperlich den Eindruck eines schwer Leidenden, der meist müde Blick, der gesammte bereits geschilderte Habitus, die ganze Haltung des Kranken beweisen dies zur Genüge.

Am 1. April wird Patient auf Wunsch seiner Schwester entlassen.

Analysiren wir die vorliegende Krankengeschichte, so ergiebt sich, dass auf Grund einer hereditären Belastung, als Erbteil einer ungesunden Ascendenz, sowie unter dem Einfluss einer neuropathischen Diathese sich eine psychische Störung entwickelt hat. Dafür, dass die neuropathische Diathese in der Constitution begründet ist, spricht der anämische und chlorämische Habitus, sodann deuten mancherlei Bildungsanomalien, Stigmata degenerationis, die erwähnt worden sind, darauf hin. Allerdings treffen wir dergleichen Anomalien auch in anderen Fällen, wo es nie zu Psychosen kommt, unberücksichtigt wird man sie aber keineswegs lassen dürfen; schon Griesinger sagt von ihnen: „Wo ich dergleichen Abweichungen vom Normalen bei einem Individuum finde, werde ich mich hüten zu sagen, der Mann gehört in ein Irrenhaus, finde ich ihn aber dort, so weiss ich warum".

In den Jahren der Kindheit und in den Jünglingsjahren ist Patient, abgesehen von einer Erkrankung an Osteomyelitis suppurativa acuta scheinbar gesund. Doch bald nach dem Eintritt in das jüngere Mannesalter und offenbar infolge der damit verbundenen erhöhten Ansprüche an das Gehirn und die gesammte Leistungsfähigkeit sehen wir allmählich verschiedene leichte Abwegigkeiten auftreten, indem Patient bald mehr bald weniger den Eindruck eines neurasthenisch-hypochondrisch angelegten Individuums macht. Doch diese kleinen Eigenartigkeiten bleiben, wie wir sehen,

für die Umgebung des Patienten mehr oder weniger unbemerkt, um so eher, als sie keineswegs die Thätigkeit desselben in der Ausübung seines Berufes beeinträchtigen.

Es darf uns daher nicht wunderbar erscheinen, wenn wir von den Angehörigen die Angabe vernehmen, mit einem Male, anscheinend infolge einer unbedeutenden Erkältung, sei die geistige Störung hereingebrochen. Eine ganz falsche Annahme würde es sein, dass dieselbe ohne alles Weitere und ohne alle Vermittelung ins Dasein getreten sei. Die zu der fraglichen Psychose vorhandene Disposition gelangte vielmehr eben durch die Anstrengungen des Berufes zur weiteren Entwicklung, so dass schliesslich ein geringfügiger Anstoss genügte, dieselbe plötzlich zum Austrage zu bringen.

Wir sehen, wie nunmehr eine allen auffällige und jähe Charakterveränderung in dem Kranken vor sich geht, die uns als ein um so sicheres Zeichen psychischer Erkrankung imponirt, weil diese Veränderung von der Art ist, dass bald das Triebartige über das Gewollte das Übergewicht erhält, die niedrigen Triebe gegenüber der Herrschaft des Willens zum Durchbruch kommen. Das Vermögen, die Triebe durch den Willen zu beherrschen, überhaupt in den Ablauf der Vorstellungen willkürlich eingreifen zu können, hat man die Selbstbeherrschung genannt, den Bewusstseinszustand, unter dem das geschieht, die Besonnenheit. Wir haben somit hier in dem

Verlust der Selbstbeherrschung, dem Verlust der Besonnenheit auch ein Cardinalsymptom psychischer Erkrankung. Hieraus erklärt sich denn auch die zunächst in den Vordergrund tretende Herrschaft der Affekte, welche sich durch hochgradige Erregungszustände und ausgebildete Raptus documentirt. Neben diesen Erregungszuständen mit raptusartigen Ausbrüchen treten gleichzeitig Gesichtshallucinationen auf, Patient sieht Nebel und schattenhafte Gestalten vor seinen Augen, die ihn auch mehr oder weniger geängstigt zu haben, doch bald wieder gänzlich verschwunden zu sein scheinen.

Nachdem die Erregungszustände, die sich in mannigfachster Weise kund thun, längere Zeit angedauert haben, verfällt Patient nunmehr nach einem kurzen Durchgangsstadium wechselnder Stimmung in einen mehr oder weniger apathischen und teilnahmlosen Zustand, in dem er längere Zeit fast völlig reiz- und willenlos verharrt, ja selbst Speise und Trank verweigert und den Sinn für jedwede Reinlichkeit verliert.

Hieraus entwickelt sich allmählich wieder ein Stadium wechselnder Stimmung, in dem noch hin und wieder die Neigung zu Raptus besteht, zu manchen Zeiten auch deutliche maniakalische Elemente, gekennzeichnet durch ein die Handlungen und Redensarten begleitendes auffälliges und unmotivirtes Lachen, auftauchen, bis nach und nach die Stimmung wieder

gleichmässig wird, und der Zustand in scheinbare Restitutio ad integrum übergeht.

Wir haben sonach hier einen Krankheitsprozess vor uns, in welchem sich unterscheiden lässt:

1. ein langdauerndes Stadium leichter melancholischer Verstimmtheit, psychischer Abwegigkeiten und Eigenartigkeiten, in dem hauptsächlich der Hang zur Einsamkeit und zu allerhand Grübeleien eine Hauptrolle spielt;

2. ein Stadium ausgebildeter Melancholie mit vorübergehenden Gesichtshallucinationen und vorwiegender Willensaufregung, indem lange anhaltende tobsüchtige Erscheinungen zur Beobachtung kommen;

3. nach einem kurzen Durchgangsstadium wechselnder, vorwiegend manikalischer Stimmung ein Stadium der Melancholie verbunden mit Stupor;

4. ein langdauerndes Stadium wechselnder Stimmung, in dem neben raptusartigen Zuständen maniakalische Elemente zur Erscheinung kommen, mit allmählichem Übergange in die Breite der Gesundheit.

Wir können das erste als das Prodromalstadium, das zweite als ein Stadium ausgeprägter Melancholia activa, das dritte als das Stadium maniacale und danach stuporosum und das vierte als das Reconvalescenzstadium bezeichnen. Im Grossen und Ganzen haben wir damit einen Krankheitsprozess, der das Bild einer Vesania typica bietet. Das Stadium maniacale, welches regulariter zwischen das Stadium

der Melancholia activa und das Stadium stuporosum sich einschiebt, ist allerdings von kurzer Dauer und zeigt sich nur in Gestalt einer sogenannten Abortivform; dennoch aber kommt dasselbe durch das an dieser Stelle vorhandene Durchgangsstadium wechselnder Stimmung mit überwiegend maniakalischen Erregungen genügend zum Ausdruck. Noch deutlicher ist es im Reconvalescenzstadium ausgeprägt.

Ziehen wir hier zum Vergleich das bereits erwähnte von Magnan als „Delire chronique" bezeichnete Krankheitsbild heran, so können wir ohne alle Schwierigkeiten finden, dass dasselbe in seinen Symptomen und seinem Verlauf unserem vorliegenden Falle nicht nur ähnlich, sondern vielmehr mehr oder weniger gleich zu erachten ist. Auch dort sehen wir, wie nach einem Incubationsstadium leichter melancholischer Verstimmtheit wahnhafte Auslegungen und eine stetig zunehmende Unruhe bei dem Kranken sich einstellen An diese schliessen sich peinliche Hallucinationen und Verfolgungsvorstellungen an; danach folgt ein Stadium maniakalischer Selbstüberhebung, das allmählich mehr oder weniger in Schwachsinn, unser Stadium stuporosum, übergeht. Diese Perioden folgen nach Magnan unwiderruflich in derselben Weise. Wir haben also nach unserer Ansicht auch in Magnans „Delire chornique" nichts weiter als das einfache Bild einer Vesania typica, folgend dem Erregungsgesetz des ermüdeten und absterbenden Nerven. —

Ein anderes, nicht mehr so übersichtliches Krankheitsbild bietet sich uns dar, als Patient ungefähr ein halbes Jahr nach scheinbarer Genesung abermals zur Aufnahme kommt. Vor allem sehen wir aber jetzt das maniakalische Element, das früher nur andeutungsweise vorhanden gewesen war, weit mehr hervortreten. Zeitweilige Erregungszustände, die sich bis zu raptusartigen Ausbrüchen steigern, verleihen in Abwechselung mit gemütlichen Depressionen und Exaltationen dem ganzen Krankheitsbilde ein äusserst mannigfaltiges und buntes Gepräge. Dazu gesellen sich bald allerlei katatonische Zustände; der Kranke grimassirt, nimmt allerhand verschränkte und theatralische Stellungen ein, die er alle Augenblicke wechselt, er plappert unartikulirte Laute oder nichtssagende Worte vor sich hin, die sich nicht über das Niveau blosser Vociferationen oder Verbigerationen erheben. Für die Katatonie sprechen ferner die noch häufiger auftretenden stärkeren Erregungszustände und selbst wirkliche tobsuchtsartige Zufälle, die in Zerstörungssucht und Neigung zu Gewaltthätigkeiten sich auf das unzweideutigste zu erkennen geben, die aber gleichzeitig darauf hindeuten, dass dem Kranken noch eine gewisse Kraft innewohnt, vermöge deren er auch imstande ist, wirklich zu toben, zu zerstören und Gewaltthätigkeiten zu begehen; weiterhin deuten darauf hin die hochgradigen onanistischen Manipulationen, das zeitweise alberne und läppische Ge-

bahren, endlich die zuckenden, chorea- oder paramyoklonusähnlichen Bewegungen in den oberen Extremitäten, sowie zeitweise auch in den Gesichts- und Augenmuskeln. Somit haben wir hier eine atypische Störung, bestehend aus einer ganzen Reihe von Prozessen, die rudimentär verlaufen und sich in mannigfaltiger Gestaltung höchst unregelmässig folgen, in der aber einmal die Manie, danach katatonische Zustände, die wir nach Arndt vielleicht als Vesania katatonica abortiva, eine Form der Paranoia katatonica, bezeichnen könnten, vorherrschend sind.

Während im übrigen das Krankheitsbild dasselbe bleibt, lassen in der Folgezeit die stärkeren Erregungszustände allmählich mehr und mehr nach; an ihrer Stelle sehen wir aber jetzt allerlei Parästhesien und Wahnvorstellungen auftreten. Patient bekommt Gefühls- und Gesichtshallucinationen, er fasst sich selbst wie auch seine Umgebung fremdartig auf, zeigt Neigung zu allerhand Grübeleien und Spitzfindigkeiten, Paralogien, auch besteht deutliche Paragraphie, gekennzeichnet durch die äusserst schnörkelhafte Schrift, und überhaupt offenbart sich in den Vorstellungen und in dem ganzen Wesen des Kranken eine allgemeine Verworrenheit und Verwirrtheit.

Diese Wahnvorstellungen bilden sich von nun an immer deutlicher aus, und nachdem Patient noch einmal ein kurzes Stadium erhöhter Erregbarkeit

mit folgendem kurzen Stadium psychischer und körperlicher Ruhe durchgemacht hat, sehen wir bei seiner dritten Aufnahme einen ausgeprägten Grössenwahn und den Wahn, eine andere Persönlichkeit zu sein als bei weitem hervorstechendstes und das ganze Krankheitsbild beherrschendes Symptom. Wir sehen, wie es vor allem die Wahnvorstellung ist, ein berühmter Schriftsteller und gesuchter Gelehrter zu sein, und wie der Kranke den in sich fühlenden schriftstellerischen Drang auch in Wirklichkeit zu bethätigen sucht. Hierbei, wie auch in den Reden des Patienten zeigt sich der Intellekt wohl erhalten und oft sogar in einer gewissen Schärfe zur Erscheinung kommend, wenn der Kranke seine bezüglichen Wahnvorstellungen als durchaus korrekte, mit der Wirklichkeit in Einklang stehende zur Darstellung zu bringen sucht. Auch die Logik erscheint im allgemeinen wenig beeinträchtigt; und so ergiebt sich hieraus, dass, wie es unmöglich ist, zwischen Irrtum und Wahn unter allen Umständen endgiltig entscheiden zu wollen, so auch Wahnvorstellungen und Logik sehr wohl mit einander vereinbar sind, und dass auf Grund einer wohl erhaltenen Logik Wahnvorstellungen Ursache eines ganzen Wahngebäudes, des systematischen Wahnes, werden können, ja werden müssen, wie sich leicht aus der mitgeteilten Krankengeschichte ersehen lässt.

Fassen wir zum Schluss noch einmal das ganze Krankheitsbild zusammen und fragen wir uns, welcher

Art von Psychose dasselbe zuzurechnen sei, so ergiebt sich, dass wir es unzweifelhaft mit einer Paranoia zu thun haben. Wenn man den Zusammenhang zwischen psychischen und somatischen Beziehungen wegleugnen will, so könnte man sie ihrer Entstehung nach mit der Berliner Schule als Paranoia acuta bezeichnen, die freilich weiterhin chronisch verläuft. Die Psychose kommt anscheinend plötzlich und ganz wie unvermittelt zum Ausbruch, und zwar in Verbindung mit blossen Gesichtshallucinationen. Es würde sich also um eine exaltirte Form derselben handeln. Exaltirt ist indessen hier nicht gleichbedeutend mit maniakalisch. Auch die exaltirt Verrückten sind melancholisch. Das gehemmte Ich ist das in ihnen herrschende Allein sie sind nicht pathisch, sondern pathetisch; ihr Ich liegt nicht kraftlos darnieder, sondern drängt nach Entfesselung, nach Befreiung. Es ist eine aktive Melancholie, in welcher es sich äussert.

Auf die nahen Beziehungen der Melancholie zur Paranoia hat neuerdings auch Schlöss in seiner Arbeit „Über die Beziehungen zwischen Melancholie und Verrücktheit“ *) hingewiesen. Dieselben sollen nach ihm dadurch zum Ausdruck kommen, dass jede der beiden Formen sich an die andere anschliessen, die eine aus der andern sich entwickeln kann. In schwierigen Fällen hat man das Auftreten von

*) Wien. Jahrb. für Psych. XIV. 1 u. 2. pag. 114. 1895.

Grössenideen zur Sicherung der Differentialdiagnose zwischen Melancholie und Verrücktheit heranzuziehen.

Auch unsere Form der Paranoia hat in den ersten Stadien ihres Verlaufes einen durchaus melancholischen Charakter, auf Grund dessen eine Menge von raptus- und furorartigen Zuständen zum Ausbruch kommen, nur hin und wieder gelangt einmal eine mehr maniakalische Stimmung zum Durchbruch und übt ihre Herrschaft aus. Es ist die von Kahlbaum so genannte Paranoia descensa, und zwar müssten wir sie nach dem, wie die Melancholie sich in ihr zeigt, als eine descensa raptuosa bezeichnen. Nachdem dieser melancholische Charakter lange Zeit das Krankheitsbild beherrscht hat, nimmt die Paranoia ein mehr maniakalisches Wesen an und wird zu einer Moria. Nach und nach geht sie indessen in ein Stadium über, in welchem eine Reihe von katatonischen Vorgängen zur Erscheinung kommen, und sie wird damit gleichsam zu einer katatonischen Verrücktheit, wenn auch nur leichter Art. Aus dieser heraus gelangen nunmehr die Wahnideen, die früher nur andeutungsweise vorhanden waren, allmählich zu immer stärkerer Ausbildung, bis sie schliesslich in Gestalt eines ausgeprägten Grössenwahns das bei weitem im Vordergrund stehende Symptom ausmachen, dem gegenüber die ursprünglich praevalirenden Momente völlig zurückgedrängt erscheinen. In denselben bleibt aber der Intellekt wohl erhalten, so

dass von einer psychischen Schwäche, wie man sie eigentlich dem ganzen Verlauf nach hätte erwarten sollen, nicht die Rede sein kann.

Die Krankengeschichte führt uns somit eine Form von Paranoia vor, welche ihrem Verlaufe nach als eine secundäre betrachtet werden müsste, welche aber dennoch das Bild einer Paranoia primaria darbietet, insofern sie die Symptome der primären Form zeigt; dies gilt namentlich in Bezug auf den Intellekt, der keineswegs eine nennenswerte Einbusse erlitten hat und nicht das Zeichen geistiger Schwäche an sich trägt. Am besten würden wir sie vielleicht nach dem Vorgange von Arndt als Paranoia universalis bezeichnen.

Je nach dem Lebensalter, in welchem die Paranoia universalis zur Entwicklung kommt, und je nach den sonstigen Umständen, welche ihr Wesen beeinflussen und ihr einen eigenartigen Ausdruck verleihen, erhält sie eben ihren besonderen Charakter. Im Grossen und Ganzen verhält sie sich in ihrem Verlaufe aber thatsächlich wie die Paranoia secundaria, und da diese wieder analog der Vesania typica verläuft, so verläuft auch sie analog dieser und damit wieder gemäss dem Erregungsgesetze des ermüdeten und absterbenden Nerven.

Am Schlusse dieser Arbeit sei es mir gestattet, meinem hochverehrten Lehrer Herrn Prof. Dr. Arndt für die gütige Ueberweisung derselben und die bereitwillige Unterstützung bei ihrer Anfertigung meinen besten Dank auszusprechen.

Lebenslauf.

Ernst Albert August Lüdemann, evangelisch-lutherischer Confession, wurde am 6. April 1872 als Sohn des Lehrers Lüdemann und seiner Ehefrau Henriette, geb. Voigt, zu Tützpatz im Kreise Demmin geboren. Seinen ersten Schulunterricht empfing er bei seinem Vater; dann besuchte er das Kgl. Gymnasium zu Demmin, welches er Ostern 1893 mit dem Zeugniss der Reife verliess. Hierauf bezog er, um Medicin zu studiren, die Universität Greifswald, an welcher er nach 4 Semestern im März 1895 das Tentamen physicum bestand.

Im folgenden Sommersemester ging er nach Halle a/S. und absolvirte daselbst die erste Hälfte seiner aktiven Dienstzeit als Einjährig-Freiwilliger bei der 1. Comp. des Infanterieregiments Nr. 36. Zur Fortsetzung seiner medizinischen Studien begab er sich im Wintersemester 1895/96 auf ein Semester an die Universität München und liess sich Ostern 1896 wiederum in Greifswald immatriculiren, um hier seine Studien zu beenden. Im März 1897 bestand er daselbst das Examen medicum und rigorosum.

Während dieser Studienzeit besuchte er die Vorlesungen, Kliniken und Kurse folgender Herren Professoren und Dozenten:

In Greifswald:

Arndt, Ballowitz, Bernheim, Brendel, Busse, Deecke Enderlen, Fuchs, Gerstäcker (†), Grawitz, Heidenhain, Helferich, Holtz, Hoffmann, Krabler, Landois, Limpricht, Löffler, Mosler, Müller, Peiper, Pernice, Preuner, v. Preuschen, Rehmke, O. Schirmer, Schmitz (†), Schulz, Solger, Sommer, Strübing.

In Halle a/S.

Harnack.

In München:

Amann sen., Barlow, Josef Bauer, Haug, Herzog, Klein, Posselt, Schlösser, Schmitt, Seitz, v. Ziemssen.

Allen diesen Herren, seinen hochverehrten Lehrern, spricht Verfasser seinen aufrichtigen Dank aus. Besonderen Dank schuldet er Herrn Geh. Rat Mosler, Herrn Geh. Rat Pernice, sowie Herrn Prof. O. Schirmer, bei denen er als Volontär thätig sein durfte.

Thesen.

I.

Alle Immoralität ist Symptom psychischen Krankseins.

II.

Zwischen Hallucination und Illusion besteht kein wesentlicher Unterschied.

III.

Die bogenförmige Resektion des Kniegelenks ist allen andern Resektionsmethoden desselben vorzuziehen.